



UNIVERSIDAD DE PANAMA
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE VERAGUAS
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGIA

TERAPIA COGNITIVA PARA REDUCIR LOS SINTOMAS DEL TRASTORNO
ADAPTATIVO CON ANSIEDAD MIXTA Y ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO EN
ADULTOS QUE ASISTEN A LA IGLESIA SANTA TERESA DE JESUS 2016

Presentado por

VICTORIA ISABEL IBARRA RAMIREZ

Tesis presentada para optar al grado de magister en psicologia clinica

Santiago de Veraguas Panama

2017

st

UNIVERSIDAD DE PANAMA
VECERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

03 APR 2018

Programa de Maestria en	Psicología Clínica
Facultad de	Psicología
Numero de codigo	CE PT 327 14 255 01 16 13
Nombre del estudiante	Victoria I Ibarra R
Titulo a que aspira	Maestria en Psicología Clínica
Tema de Tesis	Terapia Cognitiva para reducir los síntomas del trastorno adaptativo con ansiedad mixta y estado de animo deprimido persistente en Adultos que asisten a la Iglesia Santa Teresa de Jesus
Resumen ejecutivo	<p>En la investigacion se deseaba corroborar el efecto que tiene la terapia Cognitiva Conductual en la reduccion de sintomas del Trastorno Adaptativos con Ansiedad Mixta y Estado de Animo Deprimido Persistente en Adultos que asisten a la Iglesia Santa Teresa de Jesus en llano Bonito Provincia de Herrera</p> <p>Para la misma se presenta un Plan Terapéutico Mixto de 12 sesiones En donde se trabajaron en algunas sesiones de manera individual y en las otras sesiones de manera grupal con el objetivo de que los participantes En el Analisis estadistico al comparar la t experimental para los niveles de depresión y ansiedad con la t teórica se verifica evidentemente que $t < tt$ esto quiere decir que si existe diferencia significativa en la disminución de los sintomas de depresion y ansiedad con la Terapia Cognitiva Conductual por lo tanto nos lleva a rechazar nuestra hipótesis nula (H_0) y a aceptar la hipótesis de trabajo (H_1)</p>
Nombre del o la asesor (a)	Maria Ines Barrios P
Firma del o la asesor (a)	_____
Firma del estudiante	_____
Aprobado por	_____
	Coordinador del Programa

Director de Postgrado de la Vicerrectoria de investigacion y postgrado

Fecha _____

observa del autor

DEDICATORIA

Esta investigacion se lo dedico a las personas que participaron de la terapia, que trabajaron duro y se comprometieron para mejorar

A las personas que estan atravesando el trastorno adaptativo Mixto

A todas la personas que de una u otra manera me apoyaron para realizar esta investigacion

A mi familia que siempre me apoyo

AGRADECIMIENTO

Le Agradezco a Dios en primer lugar por guiar esta investigacion y por darme la oportunidad de aprender cada dia, por amar mi profesion y darme la capacidad para brindar la mejor atencion a mis pacientes

A mis pacientes de los cuales aprendí mucho ya que me dieron la oportunidad y la confianza para tratarlos conocer sus historia y poder esforzarme cada dia mas para brindar lo mejor de mí

Al Padre Roderick Escobar Parroco de la Iglesia Santa Teresa de Jesus por ofrecerme la oportunidad de realizar la tesis en su Parroquia, por disponibilidad y accesibilidad y a las hermanas de la congregacion de Santa Teresa de Jesus Edilma Valdes y Yasmína Vergara por el apoyo brindado

A mi mama, Victoria Ramirez y a mis hermanos Ernesto Ibarra y Antonio Ibarra, por animarme aconsejarme apoyarme y estar siempre pendiente de mí

A mi Papa Ernesto Ibarra (Q E P D) y mis Abuelos Antonio Ibarra (Q E P D) Isabel Lee (Q E P D) Victoria Ramirez (Q E P D) y Luis Ramirez (Q E P D) que son mis angeles en el cielo que se que desde alla arriba estan celebrando este logro

A mi esposo compañero y amigo Jose Luis Castro que siempre me apoya anima y camina a mi lado en cada meta que me trazo

A mi tia Rublia Ramirez por su cariño y por tener siempre una palabra de ánimo

A la Profesora Maria Ines Barrios por asesorarme Animarme tener siempre la disponibilidad por todo el conocimiento que he obtenido gracias a sus orientaciones y atinadas recomendaciones que hizo posible la culminacion de este proyecto

Al Profesor Orlando Moscoso Coordinador de la Maestria en Psicologia Clinica, la ayuda incondicional que siempre me ha brindado

TABLA DE CONENIDO

DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
TABLA DE CONTENIDO DE IUSTRACIONES	VIII
TABLA DE CONTENIDO DE TABLAS	VIII
TABLA DE CONTENIDO DE GRAFICAS	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCIÓN	XI
I MARCO GENERAL	1
1 1 JUSTIFICACIÓN	1
D PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1 2 OBJETIVOS	3
GENERALES	3
ESPECIFICOS	3
1 4 ESCENARIO	3
II MARCO TEORICO	5
2 1 ANTECEDENTES	5
2 2 Adaptacion y Factores psicosociales en los Adultos	10
2 2 1 MODELO DE ADAPTACION COGNITIVA	11
2 2 2 ALGUNOS FACTORES QUE AFECTAN LA ADAPTACION DE LOS ADULTOS	12
2 3 TRASTORNO ADAPTATIVO	20
2 3 1 DEFINICIÓN	20
2 3 2 CRITERIOS DIAGNOSTICO	21
2 3 3 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS	21
2 3 4 CARACTERISTICAS DIAGNOSTICAS	22
2 3 5 DESARROLLO Y CURSO	23

2 4	TERAPIA COGNITIVA	24
2 4 1	CONCEPTUALIZACION DE LOS PROBLEMAS	26
2 4 2	ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO	27
2 4 3	TECNICAS DE TRATAMIENTO	27
2 5	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	30
2 6	PSICOTERAPIA DE GRUPO	32
2 6 1	FORMAS DE PSICOTERAPIA	32
2 6 2	ASPECTOS ESPECIALES DE LA TRE EN TERAPIA DE GRUPO	33
2 6 3	ESTABLECIMIENTO Y COMPOSICION DE UN GRUPO	34
2 6 4	EXTENSION Y DURACION DE LAS SESIONES DE GRUPO	34
2 6 5	ROL DEL TERAPEUTA	34
2 6 6	METODOS EMPLEADOS	35
2 6 7	PROPUESTA DE EJERCICIOS PARA GRUPOS	36
2 7	TERAPIA COMBINADA O MIXTA	38
III	MARCO METODOLOGICO	39
3 1	DISEÑO DE LA INVESTIGACION	39
3 2	HIPOTESIS	40
3 3	DEFINICION DE LAS VARIABLES	42
3 4	POBLACION Y MUESTRA	43
3 5	INSTRUMENTO Y TECNICAS DE MEDICION	44
3 6	METODOS DE INVESTIGACION	47
IV	CAPITULO ANALISIS DE RESULTADOS	55
4 1	GRAFICAS	55
4 2	ANALISIS ESTADISTICO	64
4 3	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	69
4 4	CONCLUSIONES	71
4 5	RECOMENDACIONES	73
	BIBLIOGRAFIA	74
	ANEXO	79

TABLA DE CONTENIDO DE ILLUSTRACIONES

ILUSTRACION 1 TABLA DE LA T DE STUDENT	68
--	----

TABLA DE CONTENIDO DE TABLAS

TABLA 1 RESULTADOS DE LAS MEDICIONES DEL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK ANTES Y DESPUES DE LA TERAPIA	55
TABLA 2 RESULTADO DE LAS MEDICIONES DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUES DE LA TERAPIA	56
TABLA 3 FRECUENCIA DE LOS PACIENTES CON NIVELES DE DEPRESION ANTES Y DESPUES DE LA TERAPIA	58
TABLA 4 FRECUENCIA DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES ANTES Y DESPUES DE LA TERAPIA	62
TABLA 5 DATOS TABULADOS Y CALCULOS ESTADISTICOS EN LOS NIVELES DE DEPRESION EN LOS PACIENTES	64
TABLA 6 DATOS TABULADOS Y CALCULOS ESTADISTICOS EN LOS NIVELES DE ANSIEDAD DE LOS PACIENTES	66
TABLA 7 DATOS DE LOS PACIENTES	106

TABLA DE CONTENIDO DE GRAFICAS

GRAFICA1 MEDICION INICIAL Y FINAL DE LOS NIVELES DE DEPRESION ANTES Y DESPUES DE LA TERAPIA	57
GRAFICA 2 MEDICION DE LOS NIVELES DE DEPRESION ANTES DE LA TERAPIA	59
GRAFICA 3 MEDICION DE LOS NIVELES DE DEPRESION DESPUES DE LA TERAPIA	60
GRAFICA 4 MEDICION INICIAL Y FINAL DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUES DE LA TERAPIA	61
GRAFICA 5 MEDICION INICIAL DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD ANTES DE LA TERAPIA	62
GRAFICA 6 MEDICION DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD DESPUES DE LA TERAPIA	63

RESUMEN

El presente estudio tiene como propósito la aplicación y evaluación de una psicoterapia Cognitiva – Conductual Mixta, para la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión del trastorno adaptativo con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido persistente. El mismo es llevado a cabo a través de un diseño de investigación de pretest y posttest con un solo grupo en donde fue evaluada la intervención psicoterapéutica mixta la cual consistió de atención a nivel individual y a nivel grupal aplicada a los pacientes que presentan trastorno adaptativo mixto que asisten a la Iglesia Santa Teresa de Jesús en Llano Bonito provincia de Herrera. Dicha intervención tiene como objetivo disminuir los síntomas de ansiedad y depresión presente en este trastorno. La muestra estuvo integrada por 9 adultos con edades de entre 30 a 67 años de los cuales 5 son mujeres y 4 son varones. Los mismos no estaban siendo atendidos ni por psicología ni por psiquiatría.

El tratamiento fue realizado en doce sesiones una vez a la semana, con una duración de una hora en la atención individual y dos horas y media en la atención grupal. Las pruebas aplicadas para la evaluación de los pacientes fueron el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Para la interpretación de los resultados estadísticos se utilizó la t de Student para datos dependientes empleando un nivel de significancia de 0.05 a una cola. Se estableció la regla de decisión de se rechaza la H_0 si $t \geq t_{0.05, 8} = 1.86$. Al comparar la t experimental para los niveles de depresión y ansiedad con la t teórica se verifica evidentemente que $t < t_c$ esto quiere decir que sí existe diferencia significativa entre las medidas de antes y después de la Terapia Cognitiva Conductual por lo tanto nos lleva a rechazar nuestra hipótesis nula (H_0) y a aceptar la hipótesis de trabajo (H_1).

ABSTRACT

The purpose of this study is the application and evaluation of a mixed cognitive behavioral psychotherapy for the reduction of anxiety and depression symptoms of the adjustment disorder with mixed anxiety and persistent depressive mood. It is carried out using a pre test and post test research design with a single group where the mixed psychotherapy intervention was evaluated which consisted of individual and group level attention applied to patients who have mixed adjustment disorder attending the church of Santa Teresa de Jesus in Llano Bonito, Herrera province. This intervention aims to reduce the symptoms of anxiety and depression present in this disorder. The sample was composed of 9 adults aged 30 to 67 of which 5 are women and 4 are males. They were not being cared for either by psychologist or psychiatrist.

The treatment was done in twelve sessions once a week with a duration of one hour for individual sessions and two and a half hours for group sessions. The tests applied for patient evaluation were Beck's Anxiety Inventory (BAI) and Beck's Depression Inventory (BDI). For the interpretation of the statistical results, the Student's t-test was used for dependent data, using a significance level of 0.05 and one tailed. The rule of decision was established: H_0 is rejected if $t \geq t_{0.05, s} = 1.86$. When comparing the experimental t for the levels of depression and anxiety with the theoretical t , it is evidently verified that $t < t_c$. This means that if there is a significant difference between the pre and post cognitive behavioral therapy measures, the null hypothesis (H_0) must be rejected and the alternative hypothesis (H_1) must be accepted.

INTRODUCCION

El Trastorno Adaptativo es el desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables el cual produce uno o las dos de las características siguientes malestar intenso y desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés y produce un deterioro significativo en lo social laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

Esta propuesta va dirigida a corroborar si la Psicoterapia Cognitiva Conductual la cual es eficaz para disminuir los síntomas del trastorno adaptativo con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido Ya que la Terapia Cognitiva se basa en el modelo cognitivo que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas sino más bien por el modo como las personas interpretan estas situaciones

En esta investigación se interesa fundamentalmente saber si esta terapia era eficaz para el tratamiento del trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido persistente en los adultos que asisten a la Parroquia Santa Teresa de Jesús en Llano bonito Para esta terapia se brindaron sesiones individuales y grupales y emplearon diferentes métodos y técnicas de intervención

Este estudio está organizado por los siguientes capítulos El primero corresponde al marco general el cual está formado por la justificación el problema de investigación Los objetivos de investigación tanto los generales como los específicos y el escenario donde se llevo a cabo la investigación

Posterior a esa primera parte continuaremos con el segundo capítulo con el marco Teórico donde se fundamenta la Teoría de la Investigación con los Antecedentes conceptualizaciones en cuanto a definiciones clasificación diagnóstica y la teoría de la terapia cognitiva conductual entre otros

El capítulo tercero corresponde al marco metodológico el cual está constituido por las hipótesis de investigación el tipo y diseño de investigación las definiciones de las variables la población y la muestra, los instrumentos y técnicas que emplearemos en la recolección de datos para la investigación el método de intervención en el cual se describirá las sesiones de la terapia

El capítulo IV es asignado análisis estadístico de los datos los resultados obtenidos las gráficas y cuadro así como la interpretación inferida de la evidencia obtenida

Por último se presenta las conclusiones recomendaciones las referencias bibliográficas y los anexos

I MARCO GENERAL

1.1 JUSTIFICACION

Los Trastornos Adaptativos se considera al Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor (es) de estrés (DSM 5 2014 P 286)

Segun R. M. Baños, V. Guillen, C. Botella, A. Garcia, M. Jorquera y S. Quero (2008 P 308) hacen referencia que

Los TA tienen una elevada prevalencia siendo uno de los problemas psicológicos más frecuentes en los contextos de atención primaria y hospitalaria 21% aprox de adultos tratados en régimen ambulatorio (APA 1994 Despland et al 1995 Fábrega et al 1987) con una incidencia estimada del 7.1 % en admisiones psiquiátricas hospitalarias (Greenberg et al 1995) En nuestro país Gómez Macías et al (2006) encontraron una incidencia del 13.5 % en un centro de salud analizando pacientes nuevos con este diagnóstico en un período de 8 meses. Los TA también son muy frecuentes en personas que padecen condiciones médicas (Strain et al 1998) especialmente si son graves (por ejemplo 35% aprox de pacientes oncológicos) Además estos trastornos TA tienen un alto porcentaje de morbilidad con tasas muy elevadas de autolesiones que en ocasiones llegan al suicidio

A lo largo de nuestra vida tenemos que atravesar diferentes crisis normativas y en muchas ocasiones nos encontramos circunstancias o situaciones estresantes que pueden ocasionar reacciones de forma desadaptada. Y estas se pueden presentar a lo largo de nuestra vida, de manera inesperada. Hay muchas causas por las cuales podemos desarrollar síntomas de un trastorno adaptativo como el divorcio, la muerte de un ser querido, una enfermedad, problemas familiares, entre otras.

En muchas parroquias observamos que acuden personas con este tipo de problemática en búsqueda de consuelo, alivio tanto emocional como espiritual y sanación para su malestar. Para ello asisten, participan de grupos en la Iglesia, asamblea, hora santa y

confesarse Sin embargo aunque reciben ayuda de estos grupos eclesíasticos necesitan trabajar mas en sus procesos y requieren la atención psicológica

D PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Algunas personas que asisten a la Iglesia están atravesando situaciones como pérdidas enfermedades separaciones problemas laborales y familiares que puede desencadenar en un Trastorno Adaptativo con Ansiedad Mixta y Estado de Animo Depresivo el cual puede ser persistente Cuando se enfrentan ante estas dificultades que no pueden manejar recurren ante fe en búsqueda de una respuesta y un alivio espiritual Pero muchas veces se quedan en ese alivio espiritual y soportando sus problemas como Jesucristo lo hizo y por convicción cargamos con esa cruz

Muchos feligreses asisten a la Asamblea, a la Hora Santa a la eucaristía, a los encuentros y actividades religiosas en busca de este alivio espiritual pero no buscan ayuda a nivel emocional es por ello que nos planteamos el siguiente problema de investigación

¿Que efecto tiene la Psicoterapia Cognitivo Conductual en el tratamiento para el Trastorno de Adaptación con Ansiedad Mixta y Estado de Animo Deprimido Persistente en los adultos que asisten a la Parroquia Santa Teresa de Jesús en el corregimiento de Llano Bonito?

1 2 OBJETIVOS

GENERALES

- 1 Conocer el nivel de eficacia de la Psicoterapia Cognitivo Conductual para el Tratamiento del Trastorno de Adaptacion con Ansiedad Mixta y Estado de Animo Deprimido en adultos que asisten a la Parroquia Santa Teresa de Jesus en el corregimiento de Llano Bonito
- 2 Crear una propuesta dirigida a los adultos para desarrollar habilidades y destrezas que le permita fortalecer su autoestima y relaciones sociales

ESPECIFICOS

- 1 Conocer el nivel de desadaptacion con ansiedad mixta y estado de animo depresivo que presenta los Adultos que asisten a la Parroquia Santa Teresa de Jesus
- 2 Validar si la Psicoterapia Cognitiva Conductual es eficaz como tratamiento para el Trastorno Adaptativo con Ansiedad Mixta y Estado de Animo Depresivo en Adultos que asisten a la Parroquia Santa Teresa de Jesus
- 3 Brindar estrategias a nivel grupal como Terapia de Relajacion Autoestima y Comunicacion Asertiva
- 4 Involucrar a los adultos para que desarrollen habilidades y destrezas que le permitan Prevenir los sintomas del Trastorno de Adaptacion con Ansiedad Mixta y Estado de Animo Depresivo

1 4 ESCENARIO

La investigacion se realizo en la Parroquia Santa Teresa de Jesus en el corregimiento de Llano bonito en el distrito de Chitre provincia de Herrera Las sesiones se llevaban a cabo en la oficina del Padre Roderick, un lugar pequeño pero acogedor

lo que permitía cierta cercanía y calidez entre los pacientes. La oficina contaba con un escritorio, aire acondicionado y persianas, un baño afuera de la sala de espera.

II MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

Para realizar este trabajo hicimos una revisión bibliográfica acerca de las tesis elaboradas en la Universidad de Panama sobre el Trastorno Adaptativo en Adultos para optar por el título de Maestría en Psicología Clínica, las cuales presentaremos a continuación

En la investigación realizada por BERROA Mayam (2011) acerca de la intervención psicoterapéutica individual de apoyo en un grupo de personas diagnosticadas con trastorno adaptativo mixto tendiente a disminuir sus niveles de ansiedad y depresión cuyo objetivo era

- ψ Comprobar la efectividad del Programa de Intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo en un grupo de personas diagnosticadas con Trastorno Adaptativo Mixto

De acuerdo a los hallazgos encontrados la investigadora concluyó que el programa logró cambios significativos en las condiciones emocionales asociadas al estrés financiero y a la crisis económica así como una disminución significativa de la sintomatología ansiosa y depresiva

En otra investigación realizada por ARANDA V Anabel X (2013) sobre Intervención psicoterapéutica cognitiva conductual grupal en pacientes ostomizados ambulatorios que presentan ansiedad y depresión asociadas a trastorno adaptativo cuyo objetivo era

- ψ Diseñar un programa psicoterapeutico grupal de orientacion cognitivo conductual para mejorar los sintomas de la ansiedad y depresion en un grupo de adultos ostomizados diagnosticados con trastorno adaptativo mixto

A partir de los resultados la investigadora concluyo que el tratamiento mejoro considerablemente a la mayor parte de los participantes lo cual permite presumir la efectividad de una terapia cognitiva conductual grupal en el manejo de los estado depresivos y de ansiedad que experimento la muestra por el trastorno adaptativo mixto

Otra Tesis consultada fue la de ORTEGA V Yovanna del C(2013) acerca de la intervencion psicoterapeutica individual de apoyo en un grupo de mujeres victimas de violencia domestica diagnosticadas con trastorno adaptativo mixto cuyo objetivo era

- ψ Evaluar la efectividad de la Psicoterapia de Apoyo en mujeres victimas de violencia domestica que padecen de ansiedad y depresion

De acuerdo a los resultados arrojados la investigadora concluye que el tratamiento recibido contribuyo a la disminucion de la sintomatologia ansiosa y depresiva presente en las mujeres victimas de violencia domestica, diagnosticadas con el Trastorno Adaptativo Mixto obteniendo mejoras en los aspectos tanto subjetivos como conductuales de manera progresiva a lo largo del tratamiento dichos cambios fueron mantenidos y corroborados por la investigadora en la sesion de seguimiento un mes despues

En investigaciones a nivel internacional encontramos que en España se efectuo un estudio sobre evaluacion e intervencion psicologica en un caso de trastorno adaptativo mixto con

ansiedad y estado de animo depresivo en una mujer con recidiva por cancer de mama presentado por Berraza, Paula A (2004) en donde se planteo el siguiente objetivo

- ψ Adquirir un modo de afrontamiento efectivo a su situacion mejorar el estado de animo y disminuir la ansiedad en suma, recuperar los niveles de funcionamiento previos

En este aspecto a la vista de los resultados la intervencion psicologica breve de orientacion cognitivo conductual que se ha planteado ha resultado eficaz en el caso de esta paciente con trastorno adaptativo mixto

En un estudio presentado en Santiago de Chile por Moreno Monica, et al (2006) el cual efectuaron para obtener el titulo de Doctor en Psicologia sobre la Evaluacion del efecto de una intervencion cognitivo conductual sobre los niveles de presion arterial en adultos mayores hipertensos bajo tratamiento medico cuyo objetivo fue

- ψ diseñar y evaluar una intervencion psicologica breve de caracter cognitivo conductual dirigida a un grupo de AM hipertensos con el fin de evaluar su efecto sobre los niveles de presion arterial (PA) sistolica y diastolica

A partir de los resultados obtenidos por la investigadora que las diferencias encontradas entre casos y controles en cuanto a sus niveles de PA estarian explicadas por el tratamiento y no por el azar u otras variables intervinientes Estos resultados concuerdan con estudios internacionales que avalan la eficacia de este tipo de intervenciones psicologicas en pacientes con HTA

En otro estudio que se hizo en el 2008 por Baños Rivera, Rosa Maria, et al el cual esta basado de un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos con un estudio de caso en donde el tratamiento (cognitivo comportamental) incluye estrategias de Psicologia

Positiva y que utiliza técnicas de realidad virtual (El mundo de EMMA) cuyo objetivo es

ψ ayudar a la persona no solo a superar el acontecimiento estresante y las consecuencias que ha tenido en su vida, sino también a aprender de lo sucedido de forma que salga fortalecida de esta situación

Los autores sostienen que el tratamiento que se expuso en ese trabajo mediante el caso de JM supone promover el cambio terapéutico mediante el uso de las nuevas tecnologías como herramientas que son de gran utilidad. El mundo de EMMA es un dispositivo emocional que pretende favorecer el desarrollo de narrativas vitales que tengan impacto emocional para el empleo en terapia psicológica. Este dispositivo emocional fue inicialmente diseñado para el tratamiento del TEPT el Duelo patológico y posteriormente se extendió a los TA.

Herrero Gomez Virginia y Cano Vindel (2010) llevaron a cabo un estudio de caso de Trastorno Adaptativo con Ansiedad evaluación tratamiento y seguimiento en Madrid donde se plantearon el siguiente objetivo

ψ Reducir los niveles de ansiedad en sus tres sistemas de respuesta ante las situaciones de evaluación e interpersonales

En los resultados obtenidos se constata la eficacia de este tratamiento cognitivo conductual tanto por las diferencias registradas previas u posteriores al tratamiento en cuestionarios como por los cambios conductuales observados en la entrevistas

En otra investigación para obtener el título de Doctora, Andreu Mateu Ma Sabrina realizó un estudio en junio del 2011 en Castellón sobre un protocolo de tratamiento psicológico para los Trastornos Adaptativos apoyado por un sistema de realidad virtual

Análisis de su eficacia a través de un estudio controlado en donde se planteó el siguiente objetivo

- ψ Comparar la eficacia y la eficiencia (entendida como aceptabilidad) de un protocolo diseñado específicamente para el tratamiento de los Trastornos Adaptativos y aplicado en dos modalidades (de forma tradicional versus apoyado en el uso de la Realidad Virtual) y frente a un grupo control lista de espera

La investigadora asevera que el protocolo que fue diseñado para el Tratamiento de los Trastornos Adaptativos sea mostrado eficaz a la hora de mejorar la situación clínica de los pacientes tratados con el mismo que la mayoría se ha mantenido en el tiempo (al menos durante los 6 meses posteriores a la intervención) y que ha sido bien aceptado y valorado por los pacientes y los terapeutas. En relación a la eficacia de las dos modalidades en las que se ha aplicado dicho protocolo no se han encontrado diferencias estadísticamente significativa entre ellas y ambas han demostrado ser superiores a la no intervención y capaces de producir efectos perdurables a medio plazo. Sin embargo los resultados de las medidas relativas a la magnitud del efecto producido y al cambio clínicamente significativo muestran que en la relación a la perdurabilidad de la mejoría conseguida con el tratamiento en el tiempo la condición apoyada en la realidad virtual ha sido superior a la condición aplicada a la forma tradicional.

En el año 2013 en España se efectuó una investigación realizada por Enguita Martín Roca Carmen y Ramos Muñoz Rafael acerca de Trastorno de adaptación. Análisis de la Incapacidad Laboral por contingencias comunes en Ibermutuamur Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social en donde se plantea el siguiente objetivo de investigación

- ψ realizar el análisis epidemiológico de estos procesos y valorar en relación con los resultados obtenidos si existe alguna variable que pueda determinar la toma de

decisiones en la gestion de los procesos por contingencias comunes para acortar los periodos de incapacidad laboral

Despues de esta investigacion el resultado presentado es que no hay ninguna variable que por si misma pueda determinar la toma de decision para mejorar la gestion de la incapacidad laboral por esta patologia pero quizas si la confluencia de varias de ellas pueda orientar a su gestion ya que pueden tenerse en cuenta los datos que marcan la frecuencia en mujeres y ellas su mayor frecuencia de recaidas y evolucion a incapacidad permanente en edades comprendidas entre los 35 y 39 años

2 2 ADAPTACION Y FACTORES PSICOSOCIALES EN LOS ADULTOS

Segun Thomas Oakland y Patti Harrison (2013 p 11) citando a Nihira et al (1993) La conducta adaptativa se refiere a las diferentes formas que tienen las personas de reconocer sus propias necesidades al enfrentarse a las demandas naturales y sociales de su entorno Por lo que parafraseando a los autores se puede decir que la conducta adaptativa son habilidades o destrezas necesarias para que la persona se desenvuelva en su contexto de forma adecuada

En Papalia (2003 p 527) hace referencia de que Vaillant identifico cuatro patrones caracteristicos o mecanismos de adaptacion 1) maduro (que emplea el humor o ayuda a los demas) 2) Psicotico (que distorsiona o niega la realidad) y neurotico (que reprisa la ansiedad o desarrolla temores irracionales) En los cuales el factor mas importante en un buen ajuste emocional se encuentra en la capacidad de emplear mecanismos de adaptacion maduro el cual se maneja el problema sin culpar a nadie y sin amargura ni pasividad

2 2 1 MODELO DE ADAPTACION COGNITIVA

En papalia (2003 p 680) hace mencion en el modelo de adaptacion cognitiva a (lazarus y Folkman 1984) al señalar que

las personas seleccionan estrategias de adaptación basadas en la manera de percibir o analizar la situación cuando la persona percibe que la situación es impuesta o que excede sus recursos la adaptación demanda esfuerzos fuera de lo comun La adaptación incluye lo que un individuo piensa o intenta para adaptarse al estrés sin importar que también funciona

De acuerdo a este modelo las estrategias de adaptacion pueden ser de dos tipos

2 2 1 1 ADAPTACION CENTRADA EN EL PROBLEMA

Va dirigida a eliminar manejar o mejorar una situación estresante Esta estrategia se presenta cuando la persona ve la oportunidad real de cambiar la situación

2 2 1 2 ADAPTACION CENTRADA EN LA EMOCION

Es la estrategia dirigida a manejar la respuesta emocional frente a una situación estresante para disminuir su efecto físico o psicológico Algunas veces se le denomina adaptación paliativa Una estrategia centrada en la emoción consiste en desviar la atención de un problema rendirse o negar que el problema existe

Es importante señalar que las adaptaciones pueden presentarse a nuevas responsabilidades y exigencias eventos traumáticos o transformaciones culturales importantes

2 2 2 ALGUNOS FACTORES QUE AFECTAN LA ADAPTACION DE LOS ADULTOS

2 2 2 1 ADAPTACION AL DIVORCIO

El divorcio es proceso que comienza con la separacion física y continua despues de esta Incluso cuando el matrimonio no marcha bien es doloroso en especial cuando hay hijos

Con frecuencia encontramos sentimientos de fracaso culpa, hostilidad y auto recriminacion que puede llevar a una depresion de pensamientos y funcionamientos desorganizados que son comunes en un divorcio

2 2 2 2 ESTRES RELACIONADO CON EL TRABAJO

El estres relacionado al trabajo se presenta cuando el empleado siente que esta en un trabajo equivocado o cuando los esfuerzos por satisfacer las exigencias laborales no son acorde con la satisfaccion laboral y otras recompensas lo que puede aparecer el estres intenso frecuente y prolongado lo que causar una afectar a la salud mental y física

Los empleados que se sienten abrumados por el trabajo porque creen que sus habilidades no se reconocen de manera adecuada produciendo estres elevado baja moral y productividad Otra causa de estres es el trabajo que genera en algunos casos conflicto con superiores subordinados y colegas

El principal factor de estres relacionado con el trabajo es la perdida del empleo Las personas que han perdido su trabajo desenfadan sintomas asociados a dolores de cabeza problemas estomacales y presion arterial elevada, a enfermedades físicas y mentales incluidos atacas al corazon apoplejia ansiedad y depresion A la vez que afecta el autoconcepto y las relaciones familiares

2 2 2 3 DOLOR CRONICO

El termino dolor cronico segun Vallejos M y Comeche M (S/F) hace referencia

a aquellos trastornos caracterizados básicamente por un dolor persistente con una duración de al menos 6 meses y que son resistentes a la terapéutica médica convencional. Se trata en general de problemas en los que resulta difícil identificar el daño físico o lesión que mantiene el dolor. O bien la alteración que da origen al dolor es perfectamente funcional, obedece a disfunciones en los complejos sistemas de autorregulación general del organismo.

Según Vallejos M et al (S/F) hace referencia que el dolor es considerado como una experiencia tridimensional: Sensorial, discriminativa, motivacional, afectiva y cognitivo-evaluativa, las cuales describe de la siguiente manera:

La dimensión Sensorial-discriminativa supone la parte más periférica de la experiencia perceptiva. Se refiere a la cantidad y cualidad de la estimulación sensorial que da origen a la experiencia final del dolor.

La dimensión Motivacional-Afectiva supone una integración superior de esta información a nivel intermedio. Se trata de recoger la modulación tronco-encefálica a cargo de la formación reticular, así como de determinadas estructuras del sistema límbico. En suma implica una inicial caracterización emocional del dolor, complicaciones comportamentales de acercamiento o alejamiento a las situaciones ligadas a la estimulación dolorosa, etc.

La dimensión Cognitivo-evaluativa recoge el aspecto superior de integración de la experiencia de dolor; se encuentra más cerca de la experiencia subjetiva de dolor que el resto de las dimensiones. Los aspectos cognitivos-evaluativos recogen todo tipo de factores atencionales, experiencias previas, tipos de pensamientos, creencias, etc., produciendo la integración de la información al máximo nivel cortical.

2.2.2.4 MUERTE DE UN SER QUERIDO

La muerte de un ser querido es una de las experiencias más dolorosas por las que el ser humano puede pasar. Es un acontecimiento que modifica radicalmente la vida de quienes continúan con la vida, y es un proceso que implica uno de los dolores sentimentales más intensos que se pueden experimentar.

La persona puede sentirse completamente entumecido o como si estuviera en estado de choque. Lo que puede desencadenar tristeza, la melancolía, la depresión, el enojo, la rabia, la culpa, el llanto incontenible y repentino, la apatía, el desgano, la amnesia temporal y puntual, los cambios de humor exagerados, la fobia social, el miedo a la soledad, el

sentimiento de irrealidad la falta de voluntad la enorme sensacion de vacio el miedo al futuro la sensacion de locura, el dolor que no disminuye los pensamientos recurrentes el pensamiento fantasioso A la vez que sintomas fisicos y cambios en los patrones conductuales de las personas

Una vez pasado el periodo de duelo en donde la persona en la ultima etapa de este proceso debe reincorporarse a las actividades cotidianas sin la persona fallecida, para el sobreviviente es un proceso difícil que puede generar ansiedad y ciertas conductas desadaptativa

2 2 2 5 PROBLEMAS ECONOMICOS

Segun Berroa, M (2011) quien cita a Davis y col (2004) los cuales emplearon el termino de Estres Financiero para referirse

Al sentimiento desagradable que surge de la imposibilidad de cumplir con las demandas financieras costear las necesidades de la vida, y tener suficientes fondos para sobrevivir El sentimiento normalmente incluye emociones de terror ansiedad y miedo más puede incluir cólera y Frustración

Los problemas economicos producto de una crisis financiera se puede deber a muchos factores como por ejemplo la perdida del trabajo gastos medicos o legales inesperados gastos excesivos ludopatía, perdida en inversiones etc

2 2 2 6 PRESENTAR ALGUN TIPO PERDIDA

El ser humano a lo largo de su vida puede enfrentarse diferentes tipos de perdidas que puede ocasionarle malestar y desequilibrio en su vida, y es vivida por la persona que la

experimenta con una sensacion intensa de malestar. A parte de la muerte de un familiar que es una de las perdidas mas difíciles, podemos mencionar otras como

2.2.2.6.1 PERDIDAS DE ELEMENTOS ABSTRACTOS O INTANGIBLES

Hace referencia, a cualquiera etapa de la vida en que surgen planes, ideas, sueños y deseos, pero por circunstancias propias o ajenas, obstaculizan su realizacion, lo cual implica una perdida, que en algunos casos deja una profunda huella.

2.2.2.6.2 PERDIDAS CORPORALES

Este tipo de perdida hace referencia cuando suceden por el paso del tiempo, una de las mas tempranas que nos sucede y que difícilmente pasa desapercibida, en la que puede darse de forma paulatina y solo con el paso de los años notaremos los cambios, por ejemplo, la disminucion visual, la perdida de los rasgos de la juventud, menor fuerza muscular, menor agilidad de movimientos, disminucion de memoria y reduccion de la capacidad auditiva, entre otras.

2.2.2.6.3 PERDIDAS SIN RECONOCIMIENTO SOCIAL

Dentro de este tipo de perdida se encuentra cuando un familiar desaparece, donde se desconoce su paradero. Para muchos prefieren el dolor por la muerte de un ser querido, la cual pueden constatar, y no el sufrimiento que genera la incertidumbre.

Otra perdida muy difícil de sobrellevar es la que sucede como consecuencia de la interrupcion de un embarazo, ya que no solo se pierde un bebe, se pierden muchos planes e ilusiones y la posibilidad de ejercer el rol de madre o padre. Por otra parte, en muchos casos no hacen un funeral como tradicionalmente se hace, lo cual dificulta el reconocimiento.

social de la pérdida, y entonces los padres los hijos existentes e incluso los abuelos u otros familiares difícilmente cuentan con el apoyo de los demás para sobrellevar la pena

La orfandad y la ausencia frecuente de uno o ambos padres (por causas como obtener el sustento familiar falta de responsabilidad hacia la familia, adicciones aficiones y exceso de actividades sociales o laborales entre otras) Son pérdidas que tienen poco o nulo reconocimiento social y por cuales quien la padece se ve obligado a crecer prematuramente y asumir tarea que no le corresponden convirtiéndose en pseudo adulto a corta edad

La pérdida de una actividad significativa, ya sea familiar social o laboral también puede ser motivo de un gran dolor que en ocasiones contribuyen mucho a la muerte de la persona que lo padece La jubilación la viudez un despido laboral o la separación de la pareja, son algunos ejemplos Existen casos de personas que han fallecido poco tiempo después de no desarrollar alguna actividad que les era significativa Cuando suceden pérdidas como las descritas es posible que las personas que conocen a quien tuvo la pérdida, no reconozcan el suceso como tal y de reconocerlo parecen olvidar rápidamente el evento y esperan que el doliente también lo haga, provocando con esto una falta de apoyo para quienes tuvieron la pérdida

2.2.2.6.4 PERDIDAS POR PERDIDAS

Este tipo de pérdida por lo general no viene sola y repercute en varias instancias de la vida de quien la padece Por ejemplo cuando alguno pierde el empleo no solo pierde la fuente de sus ingresos pierde un puesto de trabajo un estatus unos amigos un reconocimiento quizás una imagen ante su familia, así como relaciones sociales y hasta familiares entre otras Cuando se dejaría un trabajo ya teniendo el siguiente el cambio puede no ser tan drástico pero aun hay pérdidas

2 2 2 6 5 PERDIDAS POR LOGROS

Las pérdidas también pueden presentarse ante situaciones de triunfo alegría éxito logros ganancias y en sí por avances o mejoras en la vida de las personas por ejemplo

- El nacimiento de un hijo implica cambiar el ritmo de actividades y comunicación existente previamente en la pareja, e incluso con familiares y amistades de ambos conyugues
- Un ascenso laboral posiblemente implique dedicar mayor tiempo al trabajo y menor tiempo a la familia o a las actividades posteriores al horario de trabajo Posiblemente también implique pérdida de algunas amistades en el caso de que los compañeros ahora sean subordinados También puede haber una pérdida de amistades debido a un cambio geográfico de centro de trabajo

La lista de pérdidas es muy amplia, y cada quien le da un valor y peso a cada una de ellas

2 2 2 7 ENFERMEDADES CRONICAS

La ciencia está avanzando a grandes pasos y en el área de la salud se realizan constantemente estudios con el objetivo de prolongar la vida humana y propiciar una mejor calidad de la misma. En cuanto al caso de las enfermedades todavía incurables la medicina ha ido estructurando alternativas terapéuticas que aumentan la esperanza de vida de las personas que padecen una enfermedad y le ayudan a alcanzar mayor bienestar

En las últimas décadas ha ido evolucionando la concepción de salud y la relación salud enfermedad hacia un enfoque más integrado en el que el bienestar psicológico es un componente fundamental del estado de salud que de manera particular adquiere gran relevancia en las enfermedades crónicas Ya que se han realizado adelantos en cuanto al

tratamiento de enfermedades como hipertension dolor cronico artritis asma diabetes cancer trastornos cardiovasculares enfermedades reumaticas diabetes SIDA intestino irritable cefaleas entre otros Sin embargo quedan diversidad de interrogantes en relacion a la implicacion de los procesos psicicos y las características de la personalidad en la aparicion curso y pronostico de las enfermedades

Segun Gonzalez Herrera, Lopez & Nieves (2011) quienes citan a Oblitas Guadalupe y Cols (2006) los cuales consideran que enfermedad crónica se trata de un proceso incurable con una gran carga social tanto desde el punto de vista economico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitacion Tiene una etiologia multiple y un desarrollo poco predecible

El importante considerar el impacto psicologico que genera una enfermedad cronica en el ciclo vital de los pacientes y en cierto modo en el propio curso de la enfermedad estara relacionado con el tipo de estrategias de afrontamiento ante los miedos las preocupaciones los recuerdos negativos los pensamientos y las sensaciones ante el tratamiento y en relacion al futuro

La intervencion psicologica en cuanto al comportamiento del paciente con una enfermedad cronica, a nivel cognitivo emocional conductual social y espiritual contribuye para un mejor afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente permitiendo una readaptacion mas rapida, con la finalidad de volver a una nueva faceta de vida igualmente satisfactoria, con una mejor calidad de vida que el curso de la enfermedad lo permita

2 2 2 8 PROBLEMAS FAMILIARES

Actualmente hay multiples factores que afectar a un matrimonio causando desintegracion familiar a continuacion abordaremos algunos de ellos

- **Influencia de los padres de algun conyugue en el matrimonio** Es muy importante que los padres de el o ella no se inmiscuyan en los problemas de la pareja, ya que se debe de cuidar la intimidad del matrimonio y aceptar el compromiso de vivir juntos como pareja solucionando los conflictos que surjan y dejando a los padres fuera del matrimonio
- **Violencia intrafamiliar** Ese factor hace imposible la convivencia en el hogar ya que se da muchos tipo de violencia no solo física, sino tambien verbal y en el peor de los casos sexual Hay muchos casos de esposos o esposas que dañan a sus parejas e hijos cuantos mas padres han abusado de sus hijos hijas y esposa, mayor es los traumas que presentan los hijos los cuales se manifiestan con actitudes anormales en su desarrollo personal
- **Faltas de muestra de amor** cuando se pierde esa 'magia' amorosa que existe entre los esposos caen en la monotonia, en donde ya no hay un 'te amo' en la pareja Aunque tambien la falta de muestras de amor afecta a los hijos por lo que es importante prestar atencion a los hijos en cosas sencillas como preguntarse como les fue en el dia ayudan mucho
- **Vicios de los padres** Cuando uno de los padres de familia tienen algun vicio este abre una brecha enorme entre conyugues e hijos se crea una reaccion de aborrecimiento hacia esa persona por el mal que causa cuando se encuentra bajos los efectos de sus vicios Lo recomendable en estos casos es brindarle apoyo y ayuda, aunque lastimosamente en algunas veces se termina por la separacion de los esposos y por consiguiente de la familia

- **Infidelidad entre los esposos** La infidelidad es una conducta que presenta una persona, sea hombre o mujer caracterizada por el cambio de expectativa que dirige su atención a otro implicando la ruptura de un acuerdo Sin embargo podemos realizar algunas observaciones y apuntes sobre la misma

2.3 TRASTORNO ADAPTATIVO

2.3.1 DEFINICION

Los Trastornos Adaptativos se considera al desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor (es) de estrés (DSM 5 2014 P 286)

Moles M et al En un artículo en Internet sobre el Desarrollo de una entrevista Diagnóstica para los Trastornos Adaptativos recopila las siguientes definiciones sobre Trastorno Adaptativo las cuales considero importante para tener un claro panorama sobre la definición de los Trastornos Adaptativos

Los TA se definen como una reacción de desajuste (inadaptación) ante uno o más acontecimientos estresantes Este trastorno es recogido tanto en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

Según criterios DSM IV TR (APA 2000) los TA consisten en una respuesta psicológica a uno o varios estresantes identificables que comportan la aparición de síntomas emocionales o de comportamiento clínicamente significativos

Por su parte la CIE 10 (OMS 1992) define los TA como Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que por lo general interfieren con la actividad social y que aparecen en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante

2.3.2 CRITERIOS DIAGNOSTICO

Segun Arango Lopez C et al (2014) en el Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales DSM 5° describen los siguientes criterios Diagnostico para El Trastorno Adaptativo

2.3.2.1 Desarrollo de sintomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estres identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estres

2.3.2.2 Estos sintomas o comportamientos son clinicamente significativos como se pone de manifiesto por una o las dos caracteristicas siguientes

2.3.2.2.1 Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estres teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podria influir en la gravedad y la presentacion de los Sintomas

2.3.2.2.2 Deterioro significativo en lo social laboral u otras areas importantes de funcionamiento

2.3.2.3 La alteracion relacionada con el estres no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbacion de un trastorno mental preexistente

2.3.2.4 Los sintomas no representan el duelo normal

2.3.2.5 Una vez que el factor de estres o sus consecuencias han terminado los sintomas no se mantienen durante mas de otros seis meses

2.3.3 CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS

En el DSM 5° se presenta la siguiente clasificacion

2.3.3.1 309.0 (F43.21) Con Estado de Animo Deprimido Predomina el estado de animo bajo las ganas de llorar o el sentimiento de desesperanza

2 3 3 2 309 24 (F43 22) Con Ansiedad Predomina el nerviosismo la preocupacion la agitacion o la ansiedad de separacion

2 3 3 3 309 28 (F43 23) Con ansiedad mixta y estado de animo deprimido predomina una combinacion de depresion y ansiedad

2 3 3 4 309 3 (F43 24) Con alteracion de la conducta Predomina la situacion de conducta

2 3 3 5 309 4 (F43 25) Con alteracion mixta de las emociones y la conducta Predomina los sintomas emocionales (p ej depresion ansiedad) y alteracion de la conducta

2 3 3 6 309 9 (F43 20) Sin especificar Para las reacciones de mala adaptacion que no se pueden clasificar como uno de los subtipos especificos del trastorno de adaptacion

Se debe especificar si

Agudo si la alteracion dura menos de 6 meses

Persistente (cronico) Si la alteracion dura 6 meses o mas

2 3 4 CARACTERISTICAS DIAGNOSTICAS

La presencia de sintomas emocionales o comportamentales en respuesta a un factor de estres identificable es la caracteristica esencial de los trastornos de adaptacion

El factor de estres puede ser un solo evento (p ej el fin de una relacion sentimental) o puede haber multiples factores de estres (p ej Serias dificultades en los negocios y problemas maritales)

Los factores de estres pueden afectar a un solo individuo a una familia entera a un grupo mas grande o comunidad (p ej desastre natural)

Algunos factores de estres pueden acompañar el desarrollo de determinados eventos (p ej Ir a la escuela, dejar la casa paterna, volver a casa de los progenitores casarse convertirse en padres no alcanzar los objetivos del trabajo la jubilacion

Los trastornos de adaptacion se pueden diagnosticar despues de la muerte de un ser querido cuando la intensidad la calidad o la persistencia de las reacciones del duelo superan lo que realmente cabria esperar teniendo en cuenta que las normas culturales religiosas o apropiadas para la edad

2 3 5 DESARROLLO Y CURSO

La alteracion en el trastorno de adaptacion comienza dentro de los 3 meses del inicio de un factor de estres y no dura mas de 6 meses despues de haber cesado el agente estresante o sus consecuencias

Si el factor estresante es un evento agudo (p ej ser despedido de un puesto de trabajo) el inicio de la alteracion es por lo general inmediato (p ej dentro de unos pocos dias) y la duracion es relativamente breve (p ej no mas de unos pocos meses)

Si el factor es estresante o sus consecuencias continuan el trastorno de adaptacion podria seguir y se convertiria en la forma persistente

2.4 TERAPIA COGNITIVA

Ruiz Sanchez J J y Cano Sanchez J J Citando a Beck (1967 1976 y 1979) nos plantean que

La Terapia Cognitiva es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de la experiencia del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck 1967 y 1976) El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el Esquema Cognitivo y en el ámbito clínico el de Supuestos Personales (Beck 1979)

Esta terapia puede brindarse a nivel individual la cual es el encuentro entre el psicólogo y el paciente en un ambiente de aceptación confidencialidad y apertura que te facilitara expresar tus problemas y emociones Este tipo de terapia es una herramienta que te permitira adquirir una mejor comprensión de si mismo y de su entorno así como encontrar soluciones a diferentes problemas lograr cambios en diferentes áreas y modificar comportamientos que te ayudaran a mejorar tu calidad de vida

La Distorsión Cognitiva y Pensamiento automático según Ruiz Sanchez J J et al lo definen como los errores en el procedimiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales recibe el nombre de distorsión Cognitiva

Estos autores también citan a Beck (1967 y 1979) en donde señalan que este autor (Beck) identifica en la depresión no psicótica las siguientes distorsiones Cognitivas

INFERENCIA ARBITRARIA se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria

ABSTRACCIÓN SELECTIVA Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto ignorando otras características más relevantes de la situación y valorando toda la experiencia en base a ese detalle

SOBREGENERALIZACIÓN se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí

MAXIMIZACIÓN Y MINIMIZACIÓN se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real

PERSONALIZACIÓN se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia de ello

PENSAMIENTO DICOTÓMICO O POLARIZACIÓN Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios

En cuanto a los pensamientos Automáticos Según Ruiz Sanchez J J et al serían los contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de las valoraciones de los eventos y los supuestos personales. Las características generales de los pensamientos automáticos son (Mckay 1981)

- Son mensajes específicos a menudo parece taquigráficos
- Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente
- Se viven como espontáneos o involuntarios difíciles de controlar
- Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.

- Suelen conllevar una VISION DE TUNEL tienden a producir una determinada percepcion y valoracion de los eventos Asi tenemos
 - Los individuos ansiosos se preocupan por la anticipacion de peligro
 - Los individuos deprimidos se obsesionan con sus perdidas
 - La gente cronicamente irritada se centra en la injusta e inaceptable conducta de otros

2 4 1 CONCEPTUALIZACION DE LOS PROBLEMAS

Los pensamientos automaticos se recogen a traves de tres fuentes principales segun plantea Ruiz Sanchez J J et al

- (1) Informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones emocionales y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas areas problematicas (2) los pensamientos sentimientos y conductas experimentados durante la terapia y (3) el material introspectivo o de autorregistro escrito por el paciente como parte de las tareas terapeuticas asignadas entre las sesiones

Una vez recogidos estos datos basicos el terapeuta en colaboracion con el paciente pueden conceptualizarlo en tres niveles de abstraccion

- El significado que el paciente da a su experiencia de los hechos pasados relacionados con sus areas problematicas Estos datos se suelen obtener a partir de preguntas del siguiente estilo ¿Como interpretaste la situacion en que te sentiste mal? ¿Que significado para ti el que sucediera x?

- Los significados dados por el paciente a su experiencia son agrupados por el terapeuta en patrones cognitivos. Tipos comunes (p.e. creer que debe tener apoyo permanente para afrontar las situaciones, aplicar el rechazo a situaciones personales, etc). (2) En función del tipo de error cognitivo o distorsión cognitiva (p.e. sobregeneralización, polarización, etc.) y (3) En función del grado de realidad y adaptación de las cogniciones.
- Articular a modo de hipótesis los patrones cognitivos en significados personales o Esquemas cognitivos subyacentes y tácitos. Esta articulación permitirá su contrastación empírica.

2.4.2 ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO

Una vez conceptualizados los problemas del paciente se genera un plan de tratamiento con el fin de modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales.

Para ello el terapeuta se vale tanto de técnicas cognitivas como conductuales. Estas técnicas son presentadas en las sesiones, se pide feedback de su entendimiento, se ensayan en consulta y se asigna como tarea para casa a un área problema seleccionada.

2.4.3 TÉCNICAS DE TRATAMIENTO

La finalidad de las técnicas cognitivo conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifique las distorsiones cognitivas y supuestos personales.

- **Finalidad de las tecnicas cognitivas** Facilitar la exploracion y deteccion de los pensamientos automaticos y supuestos personales Una vez detectados comprobar su validez
- **Finalidad de las tecnicas conductuales** Proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipotesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades

2 4 3 1 TÉCNICAS COGNITIVAS

Dentro de las Tecnicas cognitivas que se describen en la literatura se encuentran las siguientes

2 4 3 1 1 Deteccion de Pensamiento Automaticos se entrena a los sujetos a observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos Se emplean situaciones (pasadas y presentes) donde la persona ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automaticos) y conductas a esa situación o evento

2 4.3 1 2 Clasificacion de las Distorsiones Cognitivas es util enseñar a los pacientes el tipo de errores o distorsiones cognitivas mas frecuente en su tipo de problema así como a detectarlos y como hacerle frente

2 4 3 1 3 Búsqueda de Evidencia para comprobar la validez de los pensamientos Automaticos Se puede realizar de diferentes maneras

1 Se puede realizar a partir de una experiencia en donde se hace una recolección de evidencia en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis 2- Realizando un experimento para comprobar una hipótesis en donde el paciente predice un resultado y se comprueba 3 Utilizando evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las del paciente 4 Emplear el uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente

2 4 3 1 4 Concretizar las Hipotesis se le realiza preguntas al paciente para que refiera características o ejemplos de sus formulaciones vagas e inespecíficas

2 4 3 1 5 Reatribucion El paciente puede hacerse responsable de sucesos sin evidencia suficiente llevándolo al sentimiento de culpa Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen responsable se busca otros factores que pudieron contribuir a este suceso

2 4 3 1 6 Descentramiento El Paciente suele sentirse avergonzado o suspicaz al creer que es el centro de la atención de otros Se puede realizar una recolección de información proveniente de otros en donde se compruebe la hipótesis

2 4 3 1 7 Descatrofización El paciente puede anticiparse a eventos temidos sin base real y lo que puede generarle ansiedad El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las

consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran ensanchando así la visión del paciente

2 4 3 1 8 Uso de Imágenes El terapeuta puede emplear imágenes para que el paciente modifique cogniciones o desarrolle nuevas habilidades

2 4 3 1 9 Manejo de supuestos Personales

2 4 3 1 9 1 Uso de preguntas

ψ Preguntar si la asunción le parece razonable productiva o de ayuda

ψ Preguntar por la evidencia para mantenerla

2 4 3 1 9 2 Listar las ventajas e inconvenientes de mantener esa asunción

2 4 3 1 9 3 Diseñar un experimento para comprobar la validez de la suñcion

2 5 PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

En un artículo publicado en internet por la Dra Lucía Ortega hace referencia que La terapia individual es el encuentro entre el terapeuta y el paciente en donde en un ambiente de aceptación confidencialidad y apertura el paciente puede expresar sus problemas y emociones

Esta misma autora, hace mención que

En la terapia individual se identifican los conflictos personales y su origen. Estos pueden responder a situaciones especiales o tener su origen en nuestra propia historia personal, específicamente en el desarrollo emocional. Es por esto que el objetivo principal en terapia es tener otro punto de vista para poder dar otro significado a lo que soy, veo y a mi historia. Cuando una persona puede verse de distinta forma, puede tener distintas posibilidades de respuesta ante un mismo evento o una misma experiencia. Esto se logra al conocerse mejor, aceptar cualidades y defectos. En la terapia se logra cambiar el concepto de uno mismo y sanar las huellas que aun nos afectan.

Otra definición de Psicoterapia Individual encontrada fue la del El Centro R&A Psicólogos en donde nos señala que

La terapia individual o psicoterapia, es un proceso a través del cual los pacientes trabajan uno a uno con un psicólogo cualificado en un ambiente seguro y confidencial para explorar sus sentimientos, creencias y comportamientos, trabajar con recuerdos desafiantes o inadecuados, identificar aspectos de sus vidas que quieran cambiar, entenderse mejor a sí mismos y a los otros, establecer metas personales y trabajar hacia el cambio deseado.

La Psicoterapia individual se orienta de acuerdo a la corriente del Psicoterapeuta, el cual para nuestra investigación será el enfoque Cognitivo Conductual.

En la primera sesión, por lo general, se trata de comprender la situación emocional que atraviesa el paciente y se le brinda orientaciones. En algunos casos se pueden hasta establecer un diagnóstico y corroborar en las siguientes sesiones si el caso es complejo.

Posterior a esta primera sesión se realiza una fase de exploración a profundidad del problema y las circunstancias y se le ayuda a comprender el malestar y las formas más eficaces de hacerle frente.

La Psicoterapia Cognitiva Conductual es breve y se orienta a cambios concretos que se establecen con el paciente.

Los tratamientos para esta psicoterapia tienen una duración variable, el cual dependerá a la situación de cada paciente. Por ejemplo, una terapia individual para problemas de

ansiedad dura entre 8 y 15 sesiones para depresiones la duracion puede ser algo mayor acercandose a las 14 a 18 sesiones La duracion depende de cada paciente y del motivo de consulta

Al principio es recomendable que se realice una sesion por semana, en la medida que el paciente presente mejoría, se pueden programar las sesiones de manera quincenal o mensual segun los casos La duracion de cada sesion es de unos 40 a 55 minutos

2 6 PSICOTERAPIA DE GRUPO

La psicoterapia de Grupo se puede observar de manera directa la conducta motriz, cognoscitiva y emotiva, lo cual es mas eficaz que conseguir informacion directa Los individuos ansiosos o irritables que sentiria confianza con un terapeuta individual y escondieran sus sentimientos son desenmascarados con facilidad en grupo porque se le pide que interactuen con sus compañeros

Escuchar los problemas que tienen otros miembros del grupo y la forma en que lo manejan ayuda a los pacientes a emplear esas comunicaciones en su beneficio pues le ofrece una amplia gama de posibles soluciones a sus problemas practicos

Las personas en los grupos manifiestan sucesos y sentimientos ocultos a una docena o mas compañeros este tipo de apertura puede servir como una experiencia util de ataques a la verguenza o al temor al riesgo en particular si los clientes son timidos e inhibidos

2 6 1 FORMAS DE PSICOTERAPIA

Aunque en la actualidad prevalece la terapia de grupo a pequeña escala la TRE incluye tres formas importantes de psicoterapia

2 6 1 1 Grupos a pequeña escala con capacidad aproximada de 10 a 13 personas

2 6 1 2 Grupos a gran escala, de 50 a 100 o mas personas

2 6 1 3 Entrenamiento intensivo Racional Emotivo con varios cientos de participantes

2 6 2 ASPECTOS ESPECIALES DE LA TRE EN TERAPIA DE GRUPO

Los objetivos mas importantes que deben considerar los asistentes a los grupos a pequeña escala son

- ψ Comprender las raices de sus sintomas y funcionar mejor en sus relaciones intra e interpersonales
- ψ Entender las dificultades de otros miembros del grupo y servirles de ayuda.
- ψ Minimizar sus perturbaciones basicas para que se sientan bien emocionalmente y se transformen mucho menos que cuando se unieron al grupo
- ψ Alcanzar un cambio conductual y filosofico para aceptar la realidad desagradable renunciar a los pensamientos magicos y sabotadores tomar la responsabilidad total de sus propias dificultades

emocionales y abandonar cualquier forma de autoevaluación. Todo esto para aprender a aceptarse por completo así mismo y a otros como seres humanos que pueden fallar y cometer errores.

2.6.3 ESTABLECIMIENTO Y COMPOSICIÓN DE UN GRUPO

El número ideal de participantes de un grupo va de 10 a 13 personas, procurando abarcar diversas categorías diagnósticas y de equilibrar el número de hombres y mujeres considerando todas las edades.

Las sesiones de grupo se desarrollan de una manera organizada, guiada por un psicoterapeuta quien se encarga de que solo una persona hable a la vez, motivando la espontaneidad sin perder el orden, anima a cada miembro para que hable sobre sus problemas, en particular a los más silenciosos, asigna tareas específicas para realizar en casa, a los miembros que exponen un problema, y después esas tareas son revisadas. El terapeuta establece turnos para hablar con el fin de que nadie acapare el tiempo del grupo y que nadie se retraiga ni evite participar.

2.6.4 EXTENSIÓN Y DURACIÓN DE LAS SESIONES DE GRUPO

Los grupos suelen tener una duración de 2 horas 15 minutos.

2.6.5 ROL DEL TERAPEUTA

El terapeuta mantiene el orden al asegurar que las personas más calladas intervengan y las demás no hablen demasiado, procurando que la gente exponga sus problemas más importantes.

Cuando se trata de refutar creencias irracionales de alguien y de ayudarlo con soluciones prácticas a resolver sus problemas, el terapeuta es quizá el miembro más activo del grupo.

Los integrantes hacen preguntas prueban enseñan animan dan tareas para llevar a casa presentan ejercicios estructurados etc

Los psicoterapeutas de grupo intentan que el proceso activo directivo de terapia racional emotiva se realice con firmeza y que el proceso de grupo no se deteriore ni genere desanimo apatia, desorganizacion, presentacion desenfrenadas de sentimientos anarquia u otras formas de comportamiento que en otras terapias se tolera e incluso se provoca

2 6 6 METODOS EMPLEADOS

La tecnica mas importante en la terapia de grupo de la TRE consiste en que cada miembro exponga un problema comun y corriente como depresion inferioridad hostilidad adiccion y otros

Durante la terapia de grupo tambien se emplean los siguientes metodos especiales

- ψ Ejercicios estructurados como los de enfrentamiento del riesgo autorevelaciones y ejercicios de ataque a la verguenza, para poder sacar a la luz y manejar los sentimientos que alguno de los miembros no pueden experimentar de manera normal o en caso de experimentarlos no hablan de ello
- ψ Se animan a todos los miembros del grupo a que lean libros basicos de la TRE y cuando inician la terapia se les entrega algunas publicaciones de facil entendimiento y otros materiales de ayuda que incluyen los elementos teoricos y practicos mas importantes de la TRE
- ψ Existe a disposicion de los miembros una gran cantidad de charlas talleres seminarios y grupos especializados de entrenamiento en habilidades ademas de su terapia grupal

- ψ Todas aquellas técnicas individuales ya descritas que sean posible utilizar según el caso

2 6 7 PROPUESTA DE EJERCICIOS PARA GRUPOS

En el libro las relaciones con los demás del Dr. Albert Ellis y Catherine Maclaren (2007) nos brinda las siguientes propuestas para trabajar en grupo

- ψ **Aprender de los errores** piensa en una situación en la que no te desenvolviste bien. Cierra los ojos y recuerda los sentimientos y pensamientos que tuviste en aquel momento. Abre los ojos y anotalos rápidamente. Compartelos con el grupo y deja que los demás te ayuden a identificar cualquier distorsión del pensamiento. ¿Que te hubiese gustado que sucediese? Desarrolla una lista de creencias racionales y de afirmaciones para afrontar los problemas que hubieran podido de ayuda
- ψ **Querido Dr. Racional** Cada persona escribe una breve carta sobre uno de sus problemas. Las cartas se intercambian por la sala y cada persona escribe una contestación a la carta de otra, utilizando el pensamiento racional que ha estado desarrollando
- ψ **Inventario completo personal** haz que cada persona utilice papel y lápiz sus virtudes y defectos. haz que empiecen por los defectos que crean que pueden remediarse
- ψ **Pruebas contra las creencias irracionales (CIS)** escribe creencias irracionales en una de las cartas de una ficha. En la otra, escribe cinco cosas negativas que te hayan

sucedido por pensar de ese modo. Lee la ficha varias veces por semana para recordarte de que modo estas creencias no te funcionan.

- ψ **Debate anónimo** la gente pasa al líder del grupo las creencias irracionales que han escrito. Este las lee en voz alta y el grupo en conjunto las responde. La regla es que si tu estás de acuerdo con la creencia irracional, has de mantener la boca cerrada y escuchar.
- ψ **Ejercicio de introducción** haz que cada uno acabe una frase: una cosa que espero conseguir de este encuentro personal es... 'una cosa que espero conseguir de este encuentro a nivel profesional es...
- ψ **Ronda de aplausos** haz que los participantes aplaudan a alguien o a algo por lo que estén agradecidos. El líder continúa dirigiendo las ovaciones, silbidos o vitores por cosas o personas positivas.
- ψ **Posición difícil** de uno en uno los miembros toman asiento y dan una respuesta a los participantes que lo deseen. La persona permanece en silencio. (Variante: cada participante da una respuesta positiva y una crítica constructiva a cada persona que está expuesta).
- ψ **Conversación positiva** se pide a cada miembro que hable positivamente sobre sí mismo por dos minutos. (Si este califica o modifica lo que dice se le penaliza con otros 30 segundos adicionales).

2.7 TERAPIA COMBINADA O MIXTA

En el libro propuesta Grupal de Bauleo y cols (1991) señala que la psicoterapia combinada o mixta es la unión de dos o más técnicas psicoterapéuticas de modo tal que constituyan un procedimiento apuntan hacia un mismo objetivo e integren simultáneamente similares y complementen esquemas teóricos técnicos y metodológicos. Es decir cuando el mismo terapeuta trata al paciente en terapia individual y grupal en forma simultánea.

La terapia combinada está contraindicada a) En pacientes que se muestren resistentes a la terapia individual o grupal en curso b) En pacientes con Personalidad Límite grave o Narcisista que no toleran la ansiedad que produce el grupo c) cuando el paciente no puede soportar la competencia por la atención del terapeuta y d) Cuando las diferencias entre los dos tratamientos sobrecargan al paciente.

La terapia combinada se inicia cuando el paciente se encuentra en tratamiento individual e ingresa a un grupo conducido por su terapeuta o por otro sin embargo puede seguirse un orden inverso o iniciarse ambas terapias en forma simultánea.

Según Díaz (2000) en su libro Bases de la terapia de Grupo hace referencia que

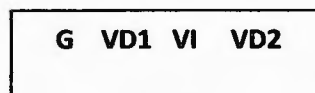
El tratamiento individual concomitante puede drenar los efectos terapéuticos del grupo por lo Bach G R (op Cit) recomienda instaurar sesiones individuales centradas en el grupo que concentran la atención en las nuevas percepciones, compenetraciones e integración derivadas del grupo. Además confronta al paciente con el resumen de la opinión del grupo acerca de su conducta y se examinan sus reacciones diferenciales hacia los compañeros del grupo. De qué habla con distintos miembros y a quienes evita comunicar ciertas situaciones para descubrir las emociones subyacentes (miedo, cariño, huida) que le impiden acercarse a pesar de desearlo. Con esto se facilita con el tiempo la emergencia de sentimientos de solidaridad con el grupo.

III MARCO METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El Tipo de estudio es cualitativo con diseño Pre experimental ya que segun Sampieri diseño de un solo grupo cuyo grado de control es minimo (Sampieri R 2002 220) Para este tipo de estudio emplearemos un diseño de pretest y posttest con un solo grupo Ya que se realizara una evaluacion previa de las variables y posterior a su manipulacion otra medicion final para observar si el efecto terapeutico fue adecuado

Diagrama del Diseño



G Grupo Experimental

VD1 la primera medicion de grupo o preprueba (previa al tratamiento)

VI Tratamiento o Variable Independiente

VD2 Segunda medicion del grupo o postprueba (posterior al tratamiento)

3 2 HIPOTESIS

H0 No hay diferencia significativa en los síntomas de la Ansiedad del Trastorno Adaptativo con Ansiedad Mixta y estado de Animo Depresivo en los Adultos que asisten a la Parroquia Santa Teresa de Jesus antes y despues de la Psicoterapia Cognitivo Conductual

H1 La Psicoterapia Cognitivo Conductual disminuira los síntomas de Ansiedad del Trastorno Adaptativo con Ansiedad Mixta y estado de Animo Depresivo en Adultos que asisten a la Parroquia Santa Teresa de Jesus

H0 No hay diferencia significativa en los síntomas de la Depresion del Trastorno Adaptativo con Ansiedad Mixta y estado de Animo Depresivo en los Adultos que asisten a la Parroquia Santa Teresa de Jesus antes y despues de la Psicoterapia Cognitivo Conductual

H1 La Psicoterapia Cognitivo Conductual disminuira los síntomas de Depresion del Trastorno Adaptativo con Ansiedad Mixta y estado de Animo Depresivo en Adultos que asisten a la Parroquia Santa Teresa de Jesus

HIPOTESIS DE INVESTIGACION # 1

Ho $\mu_1 \geq \mu_2$ El nivel de Ansiedad seran mayores o igual despues de recibir el tratamiento comparado con antes de haberlo recibido

H1 $\mu_1 < \mu_2$ El nivel de Ansiedad disminuiran despues de recibir el tratamiento comparado con antes de haberlo recibido

HIPOTESIS DE INVESTIGACION # 2

Ho $\mu_1 \geq \mu_2$ El nivel de Depresion seran mayores o igual despues de recibir el tratamiento comparado con antes de haberlo recibido

H1 $\mu_1 < \mu_2$ El nivel de Depresion disminuiran despues de recibir el tratamiento comparado con antes de haberlo recibido

3 3 DEFINICION DE LAS VARIABLES

Variables

VI Terapia Cognitivo Conductual

VD Trastorno de Adaptacion con Ansiedad Mixta y Estado de Animo Depresivo

Variables	Definicion Conceptual	Definicion Operacional
Terapia Cognitivo Conductual	Es un Sistema de psicoterapia basado en una teoria de la Psicopatologia que mantiene que la percepcion y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Juan Jose Ruiz Sanchez y Justo Jose Cano Sanchez Manual de Psicoterapia Cognitiva)	Ejecucion de las 12 sesiones empleando las diferentes tecnicas y estrategias logrando un cambio a nivel cognitivo afectivo y conductual En donde se realizaran sesiones individuales y grupales
Trastorno Adaptativo con Ansiedad Mixta y Estado de Animo Depresivo	Ansiedad Anticipacion aprensiva de un daño o desgracia futuros acompañada de un sentimiento de disforia o de sintomas somaticos de tension El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo (DSM V 2014)	Resultados del Inventario de Ansiedad de Beck correspondiente a los siguientes rangos 0 7 Nivel Mínimo de Ansiedad 8 15 Ansiedad leve 16 25 Ansiedad Moderado 26 63 Ansiedad Severa

	<p>Depresion es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, perdida de interes o placer sentimientos de culpa o falta de autoestima</p> <p>trastornos del sueño o del apetito sensacion de cansancio y falta de concentracion</p> <p>(Organizacion Mundial de la Salud OMS 2013)</p>	<p><<Resultados del Inventario de Ansiedad de Beck correspondiente a los siguientes rangos</p> <p>1 10 Estos altibajos son considerados normales</p> <p>11 16 Leve perturbacion del Estado de Animo</p> <p>17 20 Estados de Animo Intermitente</p> <p>21 30 Depresion Moderada</p> <p>31 40 Depresion Grave</p> <p>+ 40 Depresion Extrema</p>
--	---	---

3 4 POBLACION Y MUESTRA

Nuestra poblacion para este estudio consta de treinta y cinco Adultos entre ellos hombres y mujeres que acudieron al llamado que se realizaron al finalizar las eucaristias asambleas y Hora Santa en la Iglesia Santa Teresa de Jesus en Llano Bonito para atencion psicologica El muestreo de o por conveniencia es una tecnica de muestreo no p̄obabilistico donde Nuestra muestra sera constituida por 9 Adultos entre Hombres y Mujeres mayores en un rāngo de edad de 30 a 68 ānos que presentan Trastorno Adaptativo con Ansiedad Mixta y Estado de Animo Deprimido y que asisten a la Iglesia Santa Teresa de Jesus en corregimiento de Llano Bonito en la ciudad de Chitre

Para controlar la variable primero se les realizo entrevistas a los 35 adultos para seleccionar las personas que participarian de la T̄erapia tomando en consideracion los

criterios diagnosticos para el Trastorno Adaptativo Posterior a la Entrevista se le aplicaron los inventarios de Ansiedad y Depresion de Beck para corroborar el diagnostico y así definir las personas que conformarian el grupo para la atencion. Es por ello que nuestra muestra es no probabilistico con muestreo por conveniencia ya que los sujetos fueron seleccionados de manera conveniente en cuanto a la accesibilidad y proximidad de los sujetos para la investigacion.

3.5 INSTRUMENTO Y TECNICAS DE MEDICION

Para nuestra investigacion emplearemos diferentes metodos y tecnicas que explicaremos a continuacion:

- ψ **Observacion** La observacion segun Sampieri (2002: 497) consiste en el registro sistematico, valido y confiable de comportamientos o conducta manifiesta. Puede utilizarse como instrumento de medicion en muy diversas circunstancias.

En nuestra investigacion se realizaran observaciones tales como su aspecto fisico en cuanto a su aspecto personal, su tono de voz, estado emocional, gestos, lenguaje corporal y relaciones interpersonales. Estas observaciones se realizaran mediante anotaciones antes, durante y despues de la Terapia.

ψ **Entrevista Clinica**

Se realizara una entrevista tanto al paciente sobre la situacion que los que les esta afectando, sus sentimientos, pensamientos, condicion medica, etc. En este apartado nos apoyaremos con los criterios diagnosticos del DSM 5 y con la Historia Clinica que aparece en el Manual de Psicoterapia.

Cognitiva en el cual hace referencia al el formato de A Maldonado (1990) y Karataos (1991)

ψ **Inventarios Estandarizados**, segun Sampieri (2002 497) Existe una amplia diversidad de pruebas e inventarios desarrollados por diversos investigadores para medir un gran numero de variables Estas pruebas tienen su propio procedimiento de aplicacion codificacion e interpretacion Para nuestra investigacion emplearemos 3 inventarios que detallaremos a continuacion

ψ **Inventario de Depresion de Beck** cuyos autores son A T Beck C H Ward M Mendelson J Mock J Erbaugh este inventario consta de 21 items para evaluar la intensidad de la depresion En cada uno de los items el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas siempre ordenadas por su gravedad que mejor se aproxima a su estado medio durante la ultima semana incluyendo el dia en que completa el inventario Las cifras de fiabilidad del BDI fueron altas tanto en terminos de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0 83) como de estabilidad temporal (las correlaciones test-retest oscilaron entre 0 60 y 0 72 para tres subgrupos diferentes de la muestra total) Los indices de validez convergente del inventario con respecto a la Escala Autoaplicada de la Depresion de Zung (Zung Self Rating Depression Scale Zung 1965) fueron tambien altos con correlaciones que oscilaban entre 0 68 y 0 89 para dos subgrupos diferentes de la muestra total La validez discriminante del BDI respecto a diversos rasgos especificos de ansiedad medidos con autoinformes (ansiedad social evaluativa, interpersonal y a los exámenes) fue aceptable con correlaciones relativamente bajas que oscilaban entre 0 11 y 0 45

No se encontraron diferencias entre sexos ni entre grupos de edad en la puntuación total del inventario por lo que se ofrecen puntuaciones normativas para la muestra total

ψ **Inventario de Ansiedad de Beck** elaborado por A T Beck y R A Steer en este inventario se presentan datos de fiabilidad y validez factorial discriminante y de criterio del Inventario de ansiedad de Beck (BAI) en una muestra de 307 pacientes españoles con trastornos psicológicos. Los análisis factoriales indicaron que el BAI mide una dimensión general de ansiedad compuesta de dos factores relacionados (somático y afectivo-cognitivo) pero estos factores apenas explicaban varianza adicional más allá de la puntuación global

La consistencia interna del BAI fue elevada ($\alpha = 0.90$). El BAI tuvo una correlación de 0.63 con el Inventario de depresión de Beck II pero un análisis factorial reveló que sus ítems formaban dos factores sugiriendo que su correlación se debe más a la relación entre ansiedad y depresión que a un problema de validez discriminante. Respecto a la validez de criterio los pacientes diagnosticados con un trastorno de ansiedad tenían puntuaciones más altas en el BAI que los pacientes de otros grupos diagnósticos aunque no se encontraron diferencias con los pacientes con trastornos depresivos. Se concluye que el BAI es un instrumento válido y fiable para detectar y cuantificar síntomas de ansiedad en pacientes con trastornos psicológicos.

3.6 METODOS DE INVESTIGACION

Para nuestra investigación emplearemos la terapia Cognitiva Conductual en la cual emplearemos técnicas y estrategias propias de esta psicoterapia. La misma será una Terapia Mixta, con sesiones individuales y grupales.

Nuestro programa terapéutico se realizará en 12 sesiones una vez a la semana. En la continuación describiremos las actividades que se realizaron en cada sesión.

ψ **En la Primera Sesión: Aprendizaje de conceptos (Sesión Grupal)**

Se le explicó a los Pacientes sobre temas importantes en la terapia como:

1. Que es el trastorno adaptativo, qué características presenta y en qué casos podemos presentar este tipo de trastorno.
2. En qué consiste la terapia cognitiva conductual, cuáles son los objetivos terapéuticos, el encuadre de la Terapia y en qué consiste las tareas para la casa.
3. Se le explicó la relación Pensamiento-Afecto-Conducta, cómo afecta nuestros Pensamientos, nuestros sentimientos y nuestra conducta. Y cómo atribuimos muchas veces los acontecimientos a nuestra conducta y afectos. Se utilizaron ejemplos y se compartieron comentarios acerca del tema.
4. Se le explicó y asignó como tarea realizar un cuadro o diario de auto-registro en donde debían anotar la situación, los pensamientos, sentimientos, las reacciones físicas y la frecuencia.

ψ Segunda Sesión Reestructuración Cognitiva (Sesión Individual)

- 1 Se inicio con la retroalimentación de la sesión pasada, a través de lluvia de ideas sobre lo que se habló en la primera sesión
- 2 Se revisó la tarea para la casa, y se le aclararon las dudas acerca del trabajo (ya que todos realizaron sus auto registros pero algunos pacientes confundían la situación los pensamientos y las emociones)
- 3 Se les explico que es el Pensamiento Automático y las distorsiones Cognitivas a la vez que se le facilitó un material con la lista de distorsiones cognitivas y ejemplos
- 4 Se trabajó con la Hoja de auto-registro y la lista de distorsiones cognitivas para que ellos pudieran identificar cuáles presentaban
- 5 Tarea para la casa continuar con el registro e identificar las distorsiones cognitivas que se presenten

ψ Tercera Sesión Reestructuración Cognitiva (Sesión Individual)

- 1 Retroalimentación de la Sesión Anterior
- 2 Revisión de la Hoja de Registro y selecciono los que tenían mayor frecuencia durante la semana Se les explico a algunos pacientes que no entendían muy bien la hoja de auto registro
- 3- Se Trabajo de 2 a 3 pensamientos automaticos que causaban mas molestia a los pacientes se realizo el debate de cada pensamiento y trabajo un pensamiento alternativo

Tarea para la Casa Continuar con la Hoja de Auto registro y practicar los pensamientos alternativos

ψ Cuarta Sesion Reestructuracion Cognitiva (Sesion Individual)

- A Retroalimentacion de la sesion anterior
- B Se converso sobre la tarea para la casa, si habian practicado el pensamiento alternativo si presentaron alguna dificultad
- C Se reviso la hoja de auto registro y se trabajo en otros 3 pensamientos automaticos
- D Se les explico a los pacientes que la proxima sesion seria grupal y se acordo la hora de la sesion Se le comento a cada paciente sobre lo que se realizaria en la sesion grupal

Tarea para la Casa Continuar con la Hoja de Autoregistro y practicar los pensamientos alternativos

ψ Quinta Sesion Tecnica de Relajacion (Sesion Grupal)

- 1 Se les enseño a los participantes dos tipos de Terapia de Relajacion la de Jacobson y la de visualizacion como una Tecnica para reducir los sintomas de ansiedad
- 2 Se practicaron los diferentes ejercicios de Tension y Relajacion Muscular de Jacobson y luego se procedio a realizar la Terapia de Relajacion

- 3 Se decidio emplear la tecnica de Visualizacion ya que a una de las participantes de la terapia le provoco una risa incontrolable con los diferentes ejercicios de la tecnica de Jacobson
- 4 Se le pregunto a cada participante como se sentian con la terapia de Relajacion con cuales se sentian mas comodoss para realizarlo en casa y se le dieron instrucciones finales

Tarea para la Casa Practicar Ejercicios de Relajacion

ψ **Sexta Sesion Reestructuracion Cognitiva y Terapia de Relajacion (Sesion Individual)**

- 1 Se le pregunto a cada participante si realizaron los ejercicios de relajacion y si encontraron alguna dificultad A lo que algunos respondieron que le dificultaba hacerlo en su casa porque habia mucha gente o no encontraban el momento para hacerlo
- 2 Se les pregunto como le iba con el pensamiento alternativo con se presentaban los pensamientos automaticos
- 3 Se debates de pensamiento que estuviesen presentando Aunque los Participantes notaban cambios en ellos mismos y manifestaban sentirse mucho mejor
- 4 Se les explico que las siguientes sesiones iban a ser todas grupales y se iban a trabajar diferentes temas

Tarea para la casa continuar practicando los pensamientos alternativos y la Terapia de Relajacion

ψ **Septima Sesión Asertividad (Sesión Grupal)**

- 1 Se abordó el tema de la asertividad y como podemos comunicar de manera eficaz siguiendo un esquema sencillo
- 2 Se le presento y entrego un material que le sirviera como guía en el entrenamiento de la comunicación asertiva El cual fue tomado de la página <http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/asertividad.htm> (Capítulo del libro del Dr José Antonio García Higuera, Terapia Psicológica en el Tartamudeo de Van Riper a la Terapia de Aceptación y Compromiso de Editorial Ariel Psicología) Alguna modificación en mayo 2013
- 3 Se le explico con ejemplos adicionales a los presentados por el documento
- 4 Se relaciono el Esquema de la comunicación asertiva con el cuadro de Autoregistro y como a través de este entrenamiento podemos expresar adecuadamente nuestros pensamientos sentimientos y emociones

Tarea para la casa Practicar la comunicación asertiva

ψ **Octava Sesión Asertividad (Sesión Grupal)**

- 1 Retroalimentación de la sesión anterior
- 2- Se les pregunto como le había ido con la práctica de comunicación asertiva y como la pusieron en práctica Se le aclararon alguna duda que presentase
- 3 Se tomaron unas situaciones que los mismos pacientes presentaron como ejemplo para que los otros participantes elaboraran una comunicación asertiva para esos casos

Tarea para la casa Seguir practicando la comunicacion asertiva

ψ **Novena Sesion Autoestima (Sesion Grupal)**

- 1- En esta sesion trabajamos en la autoestima, realizamos un inventario completo personal en donde cada participante anotaba en una hoja sus virtudes y sus defectos
- 2 Cada participante leyo sus anotaciones Y se efectuo una ronda de aplausos con cada participante
- 3 Luego cada participante hablo positivamente de si mismo por minutos (conversacion positiva)
- 4 Se finalizo la sesion con una lectura Hay que tener un amante donde se les exhorto a los participantes a realizar aquellas actividades o cosas que le agradan y que tenian tiempo que no lo realizaban

Tarea para la casa Realizar las actividades que les agradan

ψ **Decima Sesion Autoestima (Sesion Grupal)**

- 1 Se realizo un juego de roles en donde cada participante represente a un compañero destacando aspectos positivos que han observado de ellos
- 2 Se dialogo sobre como se sentian de que las demas personas las percibieran asi y si ellos pensaban que era percibidos de esa manera
- 3 Se les pregunto si realizaron las actividades que mas le agradaban

- 4 Se le explico la tecnica del ataque a la verguenza, animandoles a realizar las cosas que le gustan venciendo el temor a que las cosas no le salgan como ellos esperan

ψ **Decima Primera Sesion Comunicacion Asertiva y Pensamiento Alternativo (Sesion Grupal)**

- 1- Se empleo la tecnica Querido Dr Racional en donde cada persona escribio una breve carta sobre sus problemas luego se intercambiaron las cartas y respondieron la carta
- 2 Los participantes leyeron el problema y le dieron una respuesta como si fuese suyo empleando las tecnicas que aprendieron en la terapia (comunicacion asertiva y pensamiento alternativo)

ψ **Decima Segunda Comunicacion Asertiva, Pensamiento Alternativo y Cierre de la Terapia (Sesion Grupal)**

- 1 Se continuo con la tecnica Querido Dr Racional en donde los participantes volvieron a escribir otros problemas y los intercambiaban con sus compañeros. Ya que en la sesion anterior se realizo pero a los participantes les costo un poco darle respuesta a los problemas de sus compañeros y no se sentia seguros. Se le comento que se le iba a brindar ayuda lo que le dio una mayor seguridad
- 2 Se realizo la tecnica, con mayor facilidad que la sesion anterior
- 3- Se hizo una sintesis de lo trabajado durante las sesiones se converso sobre como se sentian? que cambios han observado en ellos?

- 4 Se hizo la sesión de cierre y despedida, agradeciéndoles su participación en la terapia y el compromiso que demostró cada participante

IV CAPÍTULO ANALISIS DE RESULTADOS

4.1 GRAFICAS

En este capítulo se muestran los resultados de forma tabulado con las pruebas estadísticas correspondientes a ambos grupos y el análisis estadístico pertinente

TABLA 1 RESULTADOS DE LAS MEDICIONES DEL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK ANTES Y DESPUES DE LA TERAPIA

Participantes	Medicion inicial de los niveles de depresion	Medicion final de los niveles de depresion despues de la Terapia
1 M M	24 Depresion Moderada	15 Depresion Leve
2 C C	20 Estado de Animo de Depresion Intermitente	10 altibajos son considerado normales
3 V C	15 Estado de Animo de Depresion Intermitente	7 Altibajos son considerados normales
4 A S	12 Estado de Animo de Depresion Intermitente	5 Altibajos son considerados normales
5- A C	15 leve perturbacion del Estado de Animo	6 Altibajos son considerados normales
6 K S	30 Depresion Moderada	13 Leve Perturbacion del Estado del Animo
7 E S	25 Depresion Moderada	13 Leve Perturbacion del Estado del Animo

8 R P	47 Depresion Grave	20 Estado de animo de depresion intermitente
9 A I	20 Estados de Ánimo Depresivo Intermitente	9 Altibajos son considerados normales

Fuente Respuestas del Inventario de Depresión de Beck

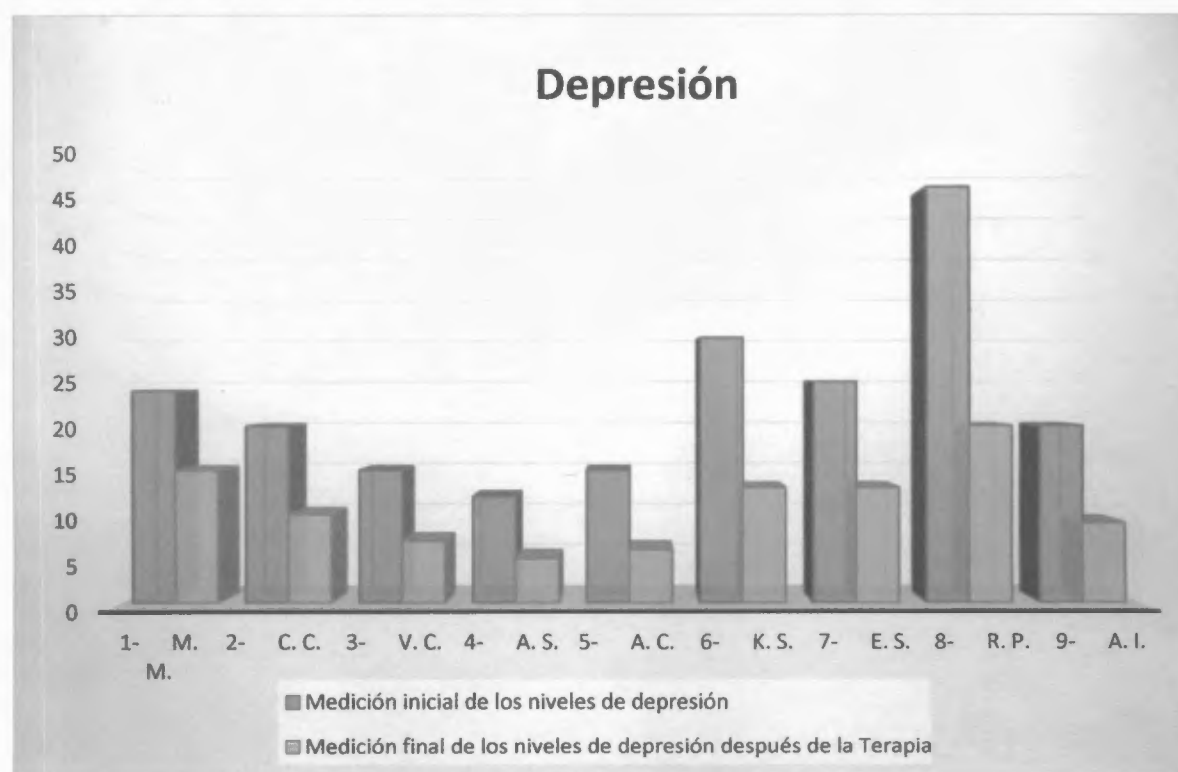
TABLA 2 RESULTADO DE LAS MEDICIONES DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUES DE LA TERAPIA

Participantes	Medicion inicial de los niveles de Ansiedad	Medicion final de los niveles de Ansiedad despues de la Terapia
1 M M	35 Ansiedad Grave	23 Ansiedad Moderada
2 C C	33 Ansiedad Grave	20 Ansiedad Moderada
3 V C	14 Ansiedad Leve	6 Nivel minimo de ansiedad
4- A S	19 Ansiedad Moderado	9 Ansiedad Leve
5 A C	21 Ansiedad Moderado	10 Ansiedad Leve
6 K S	25 Ansiedad Moderada	18 Ansiedad Moderada
7 E S	25 Ansiedad Moderada	10 Ansiedad Leve
8 R P	15 Ansiedad Leve	6 Nivel minimo de Ansiedad
9 A I	25 Ansiedad Moderada	10 Ansiedad Leve

Fuente Respuestas del Inventario de Ansiedad de Beck

Las siguientes graficas muestran las mediciones iniciales de los niveles de Depresión versus la Medición final de los niveles de Depresión después de la Terapia

Gráfica 1 MEDICIÓN INICIAL Y FINAL DE LOS NIVELES DE DEPRESION ANTES Y DESPUÉS DE LA TERAPIA



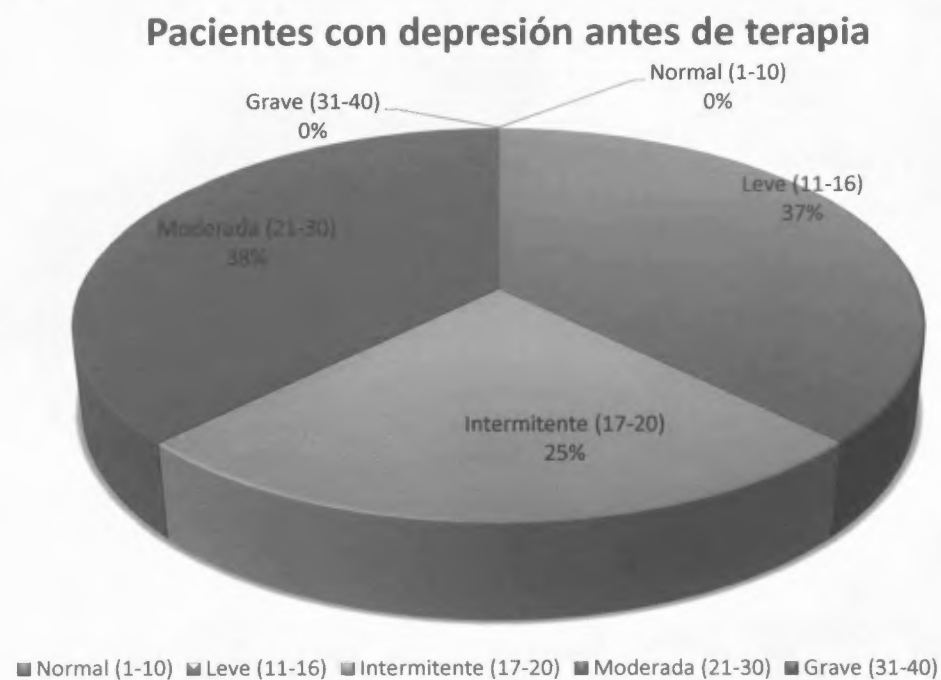
Como observamos, en la gráfica, si existe diferencia significativa en los resultados en la medición de los niveles de depresión inicial y final.

**TABLA 3 FRECUENCIA DE LOS PACIENTES CON NIVELES DE DEPRESION
ANTES Y DESPUES DE LA TERAPIA**

Pacientes con depresion		
DISTRIBUCION DE PUNTOS	FRECUENCIA INICIAL (f)	FRECUENCIA FINAL (f)
Normal (1 10)	0	5
Leve (11 16)	3	3
Intermitente (17 20)	2	1
Moderada (21 30)	3	0
Grave (31-40)	0	0
Extrema (+40)	1	0

Fuente Respuestas del Inventario de Depresión de Beck

Gráfica 2 MEDICIÓN DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN ANTES DE LA TERAPIA

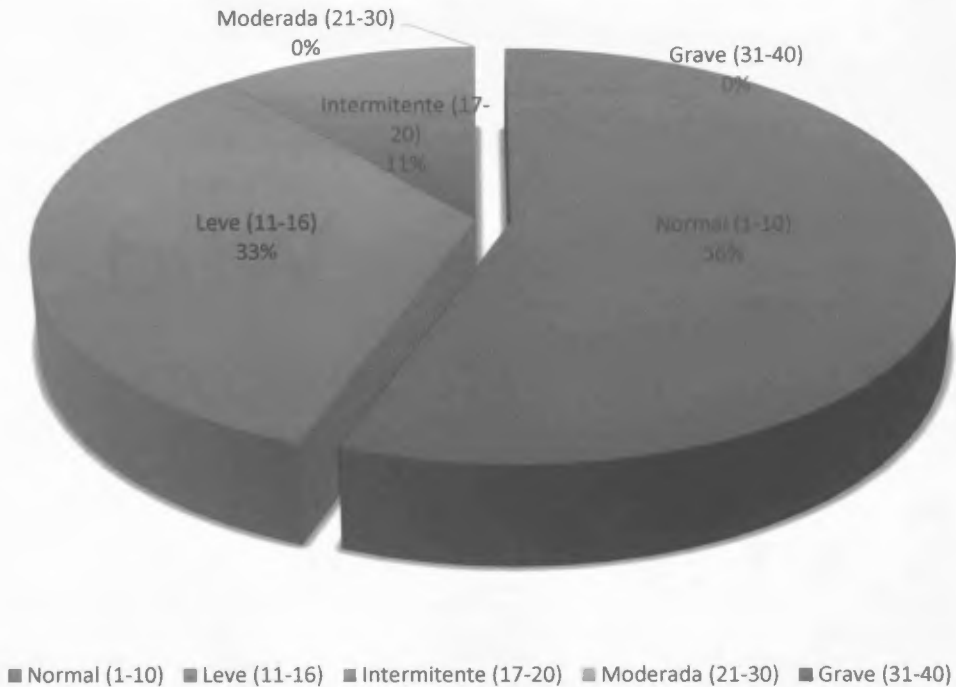


Gráfica 2

Fuente: Respuestas del Inventario de Depresión de Beck

Gráfica 3 MEDICIÓN DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN DESPUÉS DE LA TERAPIA

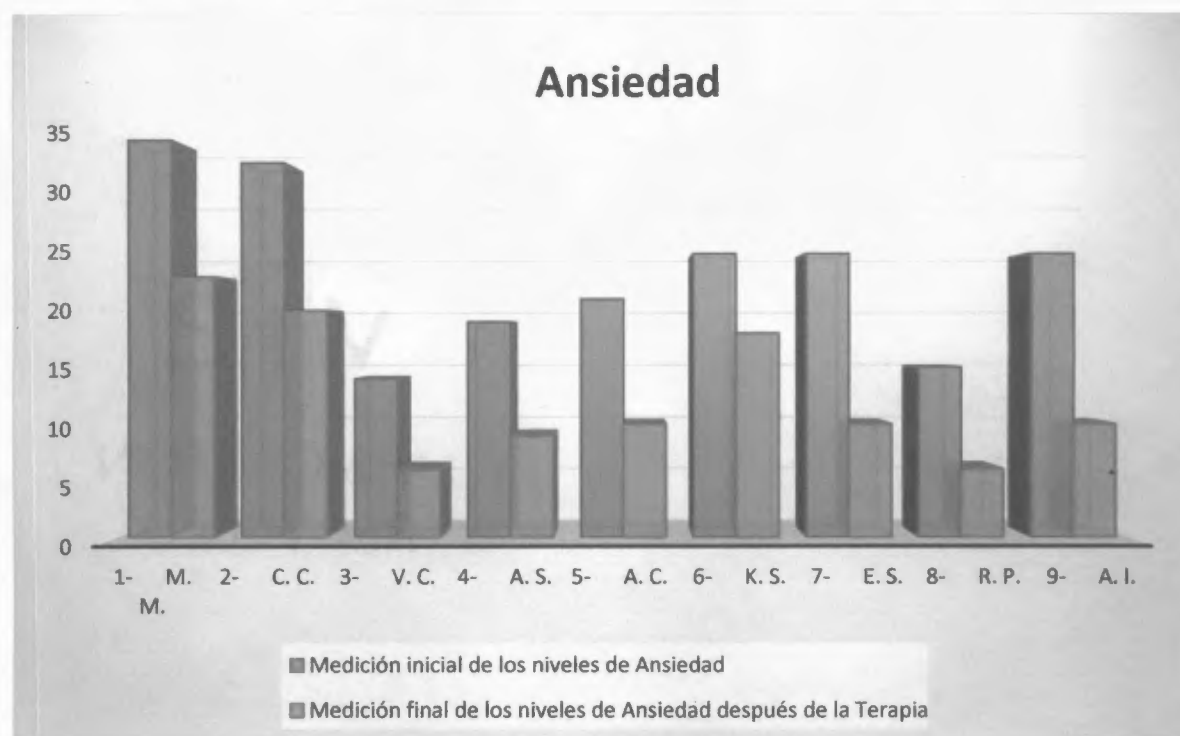
Pacientes con depresion después de terapia



Fuente: Respuestas del Inventario de Depresión de Beck

Las siguientes gráficas muestran las mediciones iniciales de los niveles de Ansiedad versus la Medición final de los niveles de Ansiedad después de la Terapia

Gráfica 4 MEDICIÓN INICIAL Y FINAL DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DE LA TERAPIA



Fuente: Respuestas del Inventario de Ansiedad de Beck

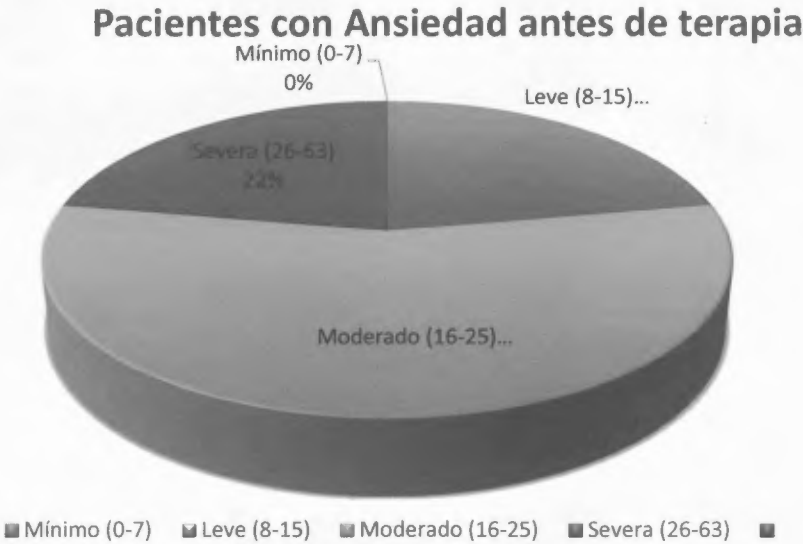
Como observamos, en la gráfica, si existe diferencia significativa en los resultados en la medición de los niveles de ansiedad inicial y final.

TABLA 4. FRECUENCIA DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES ANTES Y DESPUÉS DE LA TERAPIA

Pacientes con ansiedad			
DISTRIBUCION DE PUNTOS	DE	FRECUENCIA INICIAL (f)	FRECUENCIA FINAL (f)
Mínimo (0-7)		0	22
Leve (8-15)		22	44
Moderado (16-25)		56	33
Severa (26-63)		22	0

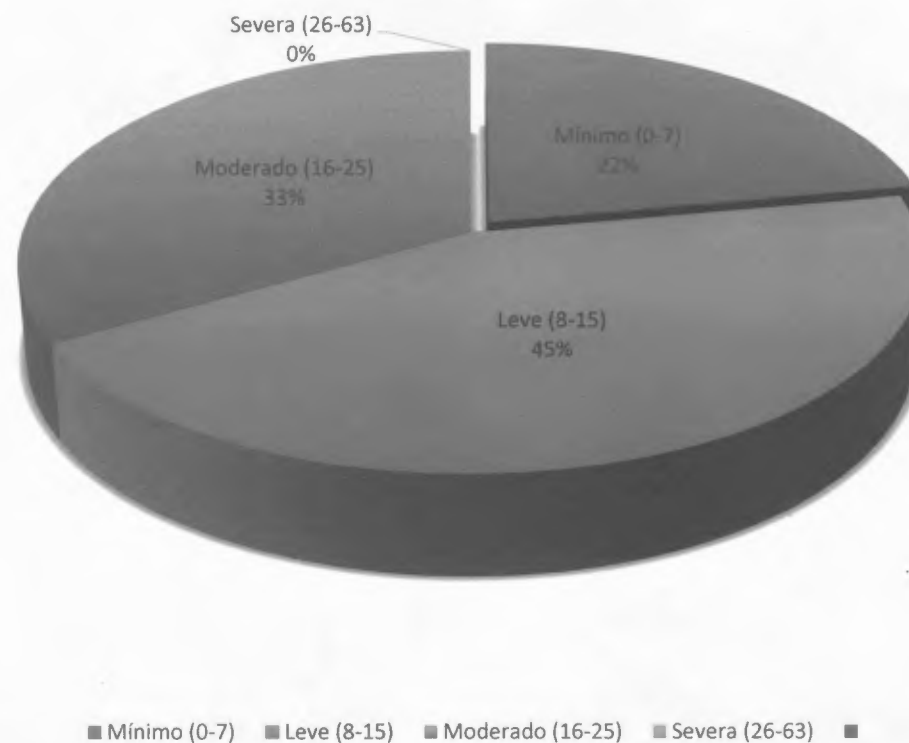
Fuente: Respuestas del Inventario de Ansiedad de Beck

Gráfica 5 MEDICIÓN INICIAL DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD ANTES DE LA TERAPIA



Fuente: Respuestas del Inventario de Ansiedad de Beck

Gráfica 6 MEDICIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD DESPUÉS DE LA TERAPIA



Fuente: Respuestas del Inventario de Ansiedad de Beck

Como se puede observar en las gráficas para los niveles depresión y ansiedad presentan diferencias significativas en el porcentaje de frecuencia, comparándola con los niveles de depresión y ansiedad antes y después de la terapia.

4.2 ANALISIS ESTADISTICO

Para el analisis de los datos cuantitativo se utilizara el estadístico 't de Student para datos dependientes de medidas repetidas y empleariamos un nivel de significancia de 0.05 a una cola.

TABLA 5 DATOS TABULADOS Y CALCULOS ESTADISTICOS EN LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES

Medicion de los niveles de depresion					
N (Pacientes)	Antes	Despues	$d = dsp - \bar{ant}$	$d - \bar{d}$	$(d - \bar{d})^2$
1	24	15	9	3.22	10.37
2	20	10	10	2.22	4.93
3	15	7	8	4.22	17.81
4	12	5	7	5.22	27.25
5	15	6	9	3.22	10.37
6	30	13	17	4.78	22.85
7	25	13	12	0.22	0.05
8	47	20	27	14.78	218.45
9	20	9	11	1.22	1.49
Sumatoria (Σ)			110.00	0.00	313.56

Fuente: Respuestas del Inventario de Depresion de Beck

$$\mu = \frac{-110}{9} = -12.22$$

$\mu = 0$ (tomando como base comparativa de ausencia de cambio)

$$S^2 = \frac{SC}{gl} = \frac{313.57}{(9-1)} = 305.57$$

$$S^2_{\mu} = \frac{S^2}{N} = \frac{305.57}{9} = 33.95$$

$$S_{\mu} = \sqrt{S^2_{\mu}} = \sqrt{33.95} = 5.82$$

Prueba con la t de Student para los niveles de depresion

PARA FINALIZAR TENEMOS LOS CALCULOS DE LA t EXPERIMENTAL Y LA t TABULADA O TEORICA

$$T = \frac{(M - \mu)}{S_{\mu}} = \frac{(-12.22 - 0)}{5.82} = \frac{-12.22}{5.82} = -2.10$$

TABLA 6 DATOS TABULADOS Y CALCULOS ESTADISTICOS EN LOS NIVELES DE ANSIEDAD DE LOS PACIENTES

Medicion de los niveles de Ansiedad					
N (Pacientes)	Antes	Después	$d = ant - dsp$	$d - \bar{d}$	$(d - \bar{d})^2$
1	35	23	12	0 89	0 79
2	33	20	13	1 89	3 57
3	14	6	8	3 11	9 67
4	19	9	10	1 11	1 23
5	21	10	11	0 11	0 01
6	25	18	7	4 11	16 89
7	25	10	15	26 11	681 73
8	15	6	9	2 11	4 45
9	25	10	15	26 11	681 73
Sumatoria (Σ)			-100 00	0 00	1400 07

Fuente Respuestas del Inventario de Ansiedad de Beck

$$\mu = \frac{-100}{9} = -11.11$$

$\mu = 0$ (tomando como base comparativa de ausencia de cambio)

$$S^2 = \frac{SC}{gl} = \frac{1400.07}{(9-1)} = 175.01$$

$$S^2\mu = \frac{S}{N} = \frac{305.57}{9} = 33.95$$

$$S\mu = \sqrt{S^2\mu} = \sqrt{33.95} = 5.82$$

Prueba con la t de Student para os niveles de Ansiedad

PARA FINALIZAR TENEMOS LOS CALCULOS DE LA t EXPERIMENTAL Y LA tt TABULADA O TEORICA

$$T = \frac{(M-\mu)}{S\mu} = \frac{(-11.11 - 0)}{5.82} = \frac{-12.22}{5.82} = -2.10$$

La tt teorica o tabulada se obtiene mediante una tabla en donde α es el nivel de error y en nuestro caso es 0.05 y los grados de libertad v se calcula de la siguiente manera

$$gl = N - 1$$

$$gl = 9 - 1$$

$$gl = 8$$

ILUSTRACION 1 TABLA DE LA T DE STUDENT

Appendix 1093

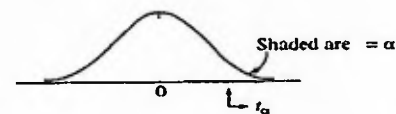


TABLE 2
Percentage points of Student's *t* distribution

$df/\alpha =$.40	.25	.10	.05	.025	.01	.005	.001	.0005
1	0.325	1.000	3.078	6.314	12.706	31.821	63.657	318.309	636.619
2	0.289	0.816	1.886	2.920	4.303	6.965	9.925	22.327	31.599
3	0.277	0.765	1.638	2.353	3.182	4.541	5.841	10.215	12.924
4	0.271	0.741	1.533	2.132	2.776	3.747	4.604	7.173	8.610
5	0.267	0.727	1.476	2.015	2.571	3.365	4.032	5.893	6.869
6	0.265	0.718	1.440	1.943	2.447	3.143	3.707	5.208	5.959
7	0.263	0.711	1.415	1.895	2.365	2.998	3.499	4.785	5.408
8	0.262	0.706	1.397	1.860	2.306	2.896	3.355	4.501	5.041
9	0.261	0.703	1.383	1.833	2.262	2.821	3.250	4.297	4.781
10	0.260	0.700	1.372	1.812	2.228	2.764	3.169	4.144	4.587
11	0.260	0.697	1.363	1.796	2.201	2.718	3.106	4.025	4.437
12	0.259	0.695	1.356	1.782	2.179	2.681	3.055	3.930	4.318
13	0.259	0.694	1.350	1.771	2.160	2.650	3.01	3.852	4.221
14	0.258	0.692	1.345	1.761	2.145	2.624	2.977	3.787	4.140
15	0.258	0.691	1.341	1.753	2.131	2.602	2.947	3.733	4.073
16	0.258	0.690	1.337	1.746	2.120	2.583	2.921	3.686	4.015
17	0.257	0.689	1.333	1.740	2.110	2.567	2.898	3.646	3.965
18	0.257	0.688	1.330	1.734	2.101	2.552	2.878	3.610	3.922
19	0.257	0.688	1.328	1.729	2.093	2.539	2.861	3.579	3.883
20	0.257	0.687	1.325	1.725	2.086	2.528	2.845	3.552	3.850
21	0.257	0.686	1.323	1.721	2.080	2.518	2.831	3.527	3.819
22	0.256	0.686	1.321	1.717	2.074	2.508	2.819	3.505	3.792
23	0.256	0.685	1.319	1.714	2.069	2.500	2.807	3.485	3.768
24	0.256	0.685	1.318	1.711	2.064	2.492	2.797	3.467	3.745
25	0.256	0.684	1.316	1.708	2.060	2.485	2.787	3.450	3.725
26	0.256	0.684	1.315	1.706	2.056	2.479	2.779	3.435	3.707
27	0.256	0.684	1.314	1.703	2.052	2.473	2.771	3.421	3.690
28	0.256	0.683	1.313	1.701	2.048	2.467	2.763	3.408	3.674
29	0.256	0.683	1.311	1.699	2.045	2.462	2.756	3.396	3.659
30	0.256	0.683	1.310	1.697	2.042	2.457	2.750	3.385	3.646
35	0.255	0.682	1.306	1.690	2.030	2.438	2.724	3.340	3.591
40	0.255	0.681	1.303	1.684	2.021	2.423	2.704	3.307	3.551
50	0.255	0.679	1.299	1.676	2.009	2.403	2.678	3.261	3.496
60	0.254	0.679	1.296	1.671	2.000	2.390	2.660	3.232	3.460
120	0.254	0.677	1.289	1.658	1.980	2.358	2.617	3.160	3.373
inf	0.253	0.674	1.282	1.645	1.960	2.326	2.576	3.090	3.291

Source: Computed by M. Longnecker and J. Spilhaus

De donde $tt_{\alpha,gl} = tt_{0.05,8} = 1.860$

Al comparar la t experimental para los niveles de depresión y ansiedad con la $t_{\alpha,gl}$ teórica se verifica evidentemente que $t < t_{\alpha,gl}$. Se observa que α una probabilidad de 0.05 le corresponde 1.860 de t . Por tanto el cálculo tiene una probabilidad menor que 0.05.

Decision

Como t_o es de 2.10 y -2.52 respectivamente con 8 grados de libertad tiene un valor de probabilidad menor que 0.05 entonces se aceptan las H_a y se rechazan las H_o . $t_o < t$ se rechazan H_o . Hay una reducción en los niveles de depresión y ansiedad en 9 adultos después de la terapia.

A nivel cualitativo observamos durante las sesiones realizadas un cambio significativo en cada uno de los pacientes desde su aspecto físico, su lenguaje corporal, el tono de voz, la seguridad en sí mismo, constantemente reflejaban alegría y en las sesiones grupales se percibía cierta camaradería y confianza entre los participantes. En las últimas sesiones individuales mientras esperaban su turno era común encontrarlos platicando acerca de algún tema.

4.3 DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Este estudio tuvo como objetivo conocer el nivel de eficacia de la Psicoterapia Cognitivo Conductual para el Tratamiento del Trastorno de Adaptación en adultos que asisten a la Parroquia Santa Teresa de Jesús en el corregimiento de Llano Bonito.

En la hipótesis de investigación planteamos que la Terapia cognitiva conductual disminuiría los síntomas del Trastorno Adaptativo Mixto en los Adultos que asisten a la Parroquia Santa Teresa de Jesús basándonos en el análisis de los datos estadísticos pudimos Aceptar esta hipótesis y Rechazar la hipótesis nula de que No hay diferencia significativa en los síntomas del Trastorno Adaptativo en los Adultos que asisten a la Parroquia Santa Teresa de Jesús antes y después de la Psicoterapia Cognitivo Conductual. Ya que hubo una diferencia significativa en los resultados de las mediciones antes y después de la terapia.

Se observo que la terapia Cognitiva Conductual disminuyo considerablemente los sintomas de Ansiedad y de Depresion

Para el analisis de los resultados se empleo la t de student para datos dependientes empleando un nivel de significancia de 0.05 en el cual se observo que la $t > t_{\alpha,gl}$ En donde el nivel de depresion y ansiedad de 9 pacientes disminuyeron despues de participar en una terapia, existiendo diferencias significativas entre antes y despues

4 4 CONCLUSIONES

- ψ Hay diferentes situaciones que pueden desencadenar los síntomas de Ansiedad y Depresión presentes en el Trastorno Adaptativo Mixto. Como las encontradas en nuestros pacientes, los cuales tenían situaciones diferentes pero presentaban este trastorno.
- ψ En la Iglesia se encuentran muchas personas que necesitan de una atención psicológica ya que están atravesando situaciones difíciles y están en búsqueda de un apoyo emocional y espiritual que muchas veces los sacerdotes o religiosas tratan de asumir esta atención con los conocimientos que poseen en psicología o los canalizan a las instituciones en las cuales se encuentran los profesionales de la salud mental.
- ψ La Psicoterapia tuvo un efecto positivo en la reducción de los síntomas del Trastorno Adaptativo Mixto ya que los niveles de ansiedad y depresión presentados por los pacientes disminuyeron notoriamente.
- ψ Esta terapia mixta, fue efectiva ya que por un lado se trabajó acorde con las necesidades de cada paciente y la terapia grupal permitió una buena cohesión, un sentimiento de pertenencia, logrando establecer lazos entre los participantes y una buena interacción social.
- ψ Las estrategias empleadas como la terapia de relajación, la comunicación asertiva y la autoestima, fueron de mucha importancia ya que se pudo percibir un cambio y un crecimiento personal en cada paciente.

- ψ El trabajo realizado tuvo un efecto positivo en la comunidad ya que los pacientes lograron mejorar sus relaciones a nivel laboral y familiar

- ψ La investigación tuvo un impacto en la Parroquia ya que era la primera vez que se brindaba una atención psicológica, la cual fue bien vista por los feligreses ya que se acercan al parroco para hacer comentarios acerca de la misma, por lo cual percibimos que no solo fue positiva para los pacientes sino también para la comunidad

- ψ Un aspecto importante fue el respaldo familiar ya que a pesar de que no se trabajó directamente con la familia, sí se sintió el apoyo ya se veía pacientes que llegaban con su esposo esposa e hijos

4 5 RECOMENDACIONES

- ψ Realizar un estudio para conocer las diferentes afectaciones emocionales que presentan las personas que asisten a la Iglesia.
- ψ Continuar realizando programas de intervencion en las Iglesias en donde se le puede brindar atencion a las personas que acuden y presentan situaciones que desencadenan una sintomatologia que muchas veces no es atendida por el profesional de la salud
- ψ Brindar una intervencion comunitaria, que involucre a los pacientes y a sus familiares para fortalecer uno de los pilares mas importantes de la sociedad
- ψ Replicar esta investigacion en diferentes años con otra poblacion e iglesias que nos permita brindar una validez y confiabilidad
- ψ Emplear las tecnicas de una comunicacion asertiva, autoestima y relajacion en Terapias grupales para pacientes con trastorno Adaptativo con Ansiedad Mixta y Estado de Animo Deprimido
- ψ Realizar mas investigaciones empleando terapia Mixta, para validar su eficacia en otros trastornos

BIBLIOGRAFIA

ARON Arthur (2001) y otros Estadística para Psicología/ Arthur Aron y Elaine N Aron Traducción Karina Abraham Editorial Pearson Education Company- 1ª Edición Buenos Aires Rep De Panamá

BOBES GARCIA Julio (2003) y otros Banco de Instrumentos Básicos para la práctica de la Psiquiatría Clínica/ Julio Bobes García María Paz G María T Bascaran F Pilar A Saiz M Manuel Bousoño García 3ª Edición- Oviedo Ars Medica

DSM – IV –TR BREBARIO (2005) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado Traducido por Tomás de Flores Formentí Joan Masana Ronquillo Eric Masana Montejo Jose Toro Trallero Joseph Teserra Torrez y Claudi Udina Abello 4ta Ed Rev -Barcelona España Editorial Masson

DSM 5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2014) Celso Arango Lopez Jose Luis Ayuso Mateos Edward Vieta Pascual Alexandra Bagney Inmaculada Baeza, Teresa Bobes Pilar Lopez Paula Suarez 5ta Edición - España Editorial Médica Panamericana

ELLIS Albert (2004) Las relaciones con los demás Terapia del Comportamiento Emotiva Racional/ Dr Albert Ellis y Catharine Maclaren- Barcelona, España Editorial Oceano

GONZALEZ NUÑEZ Jose de Jesus (1999) Psicoterapia de Grupos/ Jose de Jesus González Nuñez- México D F Editorial Manuales Modernos S A

HERNANDEZ SAMPIERI Roberto (2002) Metodologia de la Investigacion Cientifica/ Roberto Hernandez Sampieri Carlos Fernandez Collado Pilar Baptista Lucio 3era Edicion Mexico Editorial Mc Graw

OAKLAND T (2013) ABAS II Uso Clinico e interpretacion/ Thomas Oakland y Patti L Harrison Madrid España Tea Ediciones

PAPALIA Diane E (2003) Desarrollo Humano / Diana E Papalia, Sally Weendkos Olds y Tuth Duskín Feldman Traducido por Ona Jurksaitis Lukaskis y German Alberto Villamizar Colombia Mc Graw Hills

VALLEJO P M Evaluacion y Tratamiento Psicologico del Dolor Cronico/ Miguel A Vallejo Pareja y María Isabel Cómeche Moreno Madrid España Groupe Donograph S A

Folleto

RUIZ SANCHEZ Juan Jose y CANO SANCHEZ Justo Jose Manual de Psicoterapia Cognitiva / Juan Jose Ruiz Sanchez y Justo Jose Cano Sanchez

Folleto de la asignatura de Psicoterapia y Tecnicas de Intervencion 2 facilitado por la Profesora Laura Dominguez Noviembre 2013

INTERNET

<http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/1975/1/TESIS%20GABRIELA%20CEVALLOS%20SERRANO.pdf>

Muestreo por conveniencia - Explorable.com 9 de Marzo 2018 p.m

<https://explorable.com/es/muestreo-por-conveniencia>

Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario

www.redalyc.org/articulo.oa?id=72710207

Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos Un estudio de caso

<http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/263> - 6 de nov del 2015—
3 04 pm

Desarrollo de una entrevista diagnostica para los trastornos adaptativos 6 de nov 3 15 pm

http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAAahUKEwjqwZW5wvzIAhWCVyYKHbX7CCc&url=http%3A%2F%2Frepositori.uj.es%2Fxmlui%2Fbitstream%2Fhandle%2F10234%2F77430%2Ffr_2011_10_12.pdf%3Fsequence%3D1&v6u=https%3A%2F%2Fsds.metric.gstatic.com%2Fgen_204%3Fip%3D2011311511%26ts%3D1446837700557965%26auth%3Ddynxod5fg4y7df575mtyn4eq4qexaubo%26rndm%3D044371603008945953&v6s=2&v6t=61115&usg=AFQjCNEO1JxE_HXg639mLP80RYrbOjgIEW

Un estudio de caso 6 de nov 3 23 pm

http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=0CEUQFjAFahUKEwjqwZW5wvzIAhWCVyYKHbX7CCc&url=http%3A%2F%2Finstitucional.us.es%2Fapcs%2Fdoc%2FAPCS_6_esp_53-59.pdf&v6u=https%3A%2F%2Fsds.metric.gstatic.com%2Fgen_204%3Fip%3D2011311511%26ts%3D1446837700557965%26auth%3Ddynxod5fg4y7df575mtyn4eq4qexaubo%26rndm%3D038150166833416216&v6s=2&v6t=29028&usg=AFQjCNESQKCxPY02Jkijx_y8lm_MsPHAwQ

Tesis digital de medicina de la universidad Mayor 6 de nov 3 29

http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=7&cad=rja&uact=8&ved=0CE0QFjAGahUKEwjqwZW5wvzIAhWCVyYKHbX7CCc&url=http%3A%2F%2Fsibib.unmsm.edu.pe%2Fbibvirtualdata%2Ftesis%2Fsalud%2Fherrera_pm%2Fherrera_pm.pdf&v6u=https%3A%2F%2Fsds.metric.gstatic.com%2Fgen_204%3Fip%3D2011311511%26ts%3D1446837700557965%26auth%3Ddynxod5fg4y7df575mtyn4eq4qexaubo%26rndm%3D004597771839812259&v6s=2&v6t=35313&usg=AFQjCNGKmlq_C1zfscCuB26EEByBD9nUA

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

sosvics eintegra es/Documentacion/02 /02-03 /02 03-001-ES pdf 8 de abril 8 53 am
9 de marzo de 2016 2 35

[http //www funveca org/revista/pedidos/product.php?id_product=560](http://www.funveca.org/revista/pedidos/product.php?id_product=560)

[http //www psicoterapeutas com/pacientes/asertividad htm](http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/asertividad.htm)

Asertividad 23/7/2016 8 45 a m

[www seom org/seomcms/images/stories/recursocursos/sociosyprofs/ /duelo10 pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursocursos/sociosyprofs/_duelo10.pdf)
consultado 13 nov 2016 3 05 pm

[http //scielo isciii es/scielo php?pid=S0465 546X2013000300004&script=sci_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2013000300004&script=sci_arttext) 6 de nov
 8 57

[http //www superarladepresion com/superarladepre/3depre relajacion php](http://www.superarladepresion.com/superarladepre/3depre_relajacion.php) 16/7/ 2016
 9 58 pm [http //www psicologiacientifica com/enfermedad renal cronica pacientes estado
 emocional/](http://www.psicologiacientifica.com/enfermedad_renal_cronica_pacientes_estado_emocional/) 17 nov 2016 9 57 a m

[http //qondassv blogspot com/2011/10/factores que destruyen la](http://qondassv.blogspot.com/2011/10/factores-que-destruyen-la-familia.html)

[familia.html#1/2011/10/factores que destruyen la familia.html](http://qondassv.blogspot.com/2011/10/factores-que-destruyen-la-familia.html) 17 nov 2016 10 29 am

[http //www intranet cij gob mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/GuiaDeIntervencionClinicaParaTerapiaIndividual pdf](http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/GuiaDeIntervencionClinicaParaTerapiaIndividual.pdf) 25 de abril 7 00 pm

[https //www clinicalascondes com/especialidades/geriatria/inventario ansieda
 d beck.html](https://www.clinicalascondes.com/especialidades/geriatria/inventario_ansiedad_beck.html) 9 49 am 8 de abril

[http //www clinicamoreno com/terapia individual.html](http://www.clinicamoreno.com/terapia_individual.html) 1 de diciembre 2016 7 00 pm

[http //www luciaortega com/psicologia psicoterapia/terapia individual/](http://www.luciaortega.com/psicologia-psicoterapia/terapia-individual/) 24 de abril 8 00 pm

[http //www ryapsicologos net/terapia psicologica individual.html](http://www.ryapsicologos.net/terapia-psicologica-individual.html) 24 de abril 8 30 pm

Libros en Linea

BAULEO Armando y Cols (1991) Propuesta Grupal/ Armando Bauleo Juan Carlos de Brasi
 Martha Susana de Brasi Angel Diaz Barriga Alejandro Gelencser Gregorio Kamisky Alejandro
 Scherzer y Enrique Sobrado P y V Editores Primera Edicion 1991 Impreso en Mexico

https://books.google.com.mx/books?id=XgPsDH4PmBsC&pg=PA84&lpg=PA84&dq=psicoterapia+combinada&source=bl&ots=PEuvs546al&sig=JyFDpr1Vv_H1f9u2XKsuYN2D̄tQA&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiPjsaNr9_TAhWCSiYKHRuADI4Q6AEISzAG#v=onepage&q=psicoterapia%20combinada&f=false 24 de abril 9 00 pm

Diaz Portillo Isabel (2010) Bases de la Terapia de Grupo/ Isabel Diaz Portillo Editoria Pax Mexico Mexico

https://books.google.com.mx/books?id=hDtB0I7FsxC&pg=PA56&lpg=PA56&dq=psicoterapia+combinada&source=bl&ots=6v4ffv9Ak5&sig=Tew7XNElhM3OnmWBHIUSXeeFRh0&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiPjsaNr9_TAhWCSiYKHRuADI4Q6AEIWjAJ#v=onepage&q=psicoterapia%20combinada&f=false 24 de abril 9 30 pm

ANEXO

Acta de Consentimiento

Yo _____, con cedula
de Identidad Personal _____ Con el presente documento
hago constar que la Licenciada Victoria I Ibarra R me ha informado sobre el objetivo de
la investigacion en que consisten las sesiones terapeuticas asi como del manejo
confidencial y apropiado de la informacion suministrada de la Entrevista, los resultados de
los inventarios y de las sesiones terapeuticas

Por lo cual acepto participar de la Terapia, asi como a cumplir con las diferentes actividades
programadas por la Licenciada Victoria I Ibarra R

Firma del Participante

Fecha

Lista de distorsiones cognitivas

- 1 **Pensamiento polarizado o dicotómico (todo o nada)** Interpretar los eventos y personas en terminos absolutos sin tener en cuenta los grados intermedios evidenciado en el uso de terminos como «siempre» «nunca» «todos» cuando su uso no esta justificado por los acontecimientos propiamente
- 2 **Sobregeneralizacion** Tomar casos aislados y generalizar una conclusion valida para todo
- 3 **Abstraccion selectiva o Filtro mental** Enfocarse exclusivamente en ciertos aspectos usualmente negativos y perturbantes de un evento hecho circunstancia o persona con exclusion de otras características
- 4 **Descalificar lo positivo** Continuamente desconsiderar experiencias positivas por razones arbitrarias
- 5 **Sacar conclusiones precipitadas** Asumir algo negativo cuando no hay apoyo empirico para ello Dos subtipos han sido identificados
 - **Lectura de pensamiento** - Presuponer o adivinar las intenciones actitudes o pensamientos de otros
 - **Adivinacion** Predecir o «profetizar» el resultado de eventos antes de que sucedan
- 6 **Proyeccion - proyectar** en el otro pensamientos sentimientos que no son aceptados como propios porque generan angustia o ansiedad
- 7 **Magnificacion y Minimizacion** - Subestimar y sobreestimar la manera de ser de eventos o personas Los subtipos identificados son
 - **Catastrofizacion o Vision catastrofica** Imaginar especular y rumiar el peor resultado posible sin importar lo improbable de su ocurrencia, o pensar que la situacion es insoportable o imposible de tolerar cuando en realidad es incomoda (o muy incomoda) o inconveniente
 - **Negacion** tendencia a negar problemas debilidades o errores es la distorsion opuesta al catastrofismo

- **Negativismo** se magnifican los sucesos o aspectos negativos y son obviados o desvalorizados los positivos es una forma de abstraccion selectiva es caracteristico del negativismo la realizacion de presagios catastrofistas
- 8 **Razonamiento emocional** Formular argumentos basados en como se «siente» en lugar de la realidad objetiva
- 9 **Debeismo o «Deberias»** Concentrarse en lo que uno piensa que «deberia» ser en lugar ver las cosas como son y tener reglas rigidas que se piensa que deberian aplicarse sin importar el contexto situacional Las exigencias se extienden a si mismo a los otros o a la vida en general
- 10 **Etiquetado** Relacionada con la sobregeneralizacion consiste en asignar etiquetas globales a algo o alguien en vez de describir la conducta observada objetivamente La etiqueta asignada por lo comun es en terminos absolutos inalterables o bien con fuertes connotaciones prejuiciosas
- 11 **Personalizacion (psicologia)** Tambien conocida como *falsa atribucion* consiste en asumir que uno mismo u otros han causado cosas directamente cuando muy posiblemente no haya sido el caso en realidad Cuando se aplica a uno mismo puede producir ansiedad y culpa, y aplicado a otros produce enojo exacerbado y ansiedad de persecucion
- 12 **Culpabilidad** culpabilizar a los demas de los problemas propios o por el contrario culparse a si mismo de los problemas ajenos
- 13 **Sesgo confirmatorio** tendencia a sesgar la realidad tanto en percepcion como en valoracion para que encajen con ideas preconcebidas
- 14 **Falacias**
 - **Falacia de control** presuponer que se tiene que tener un control y una responsabilidad excesiva sobre lo que ocurre a su alrededor con cierto sentimiento de omnipotencia o por el contrario puede verse como incompetente e impotente en grado extremo para manejar los propios

problemas o sentirse externamente controlada por otros o por las circunstancias

- **Falacia de justicia** enjuiciar como injusto aquello no coincidente con los deseos necesidades creencias y expectativas personales. Consiste en una vision de la vida con normas y criterios estrictos donde otras opiniones o alternativas se descartan. Hans Kelsen decia «La Justicia es un mero ideal irracional»
- **Falacia de cambio** presuponer que la felicidad de uno depende exclusivamente de los actos y conductas de los demas o de las circunstancias externas. exige cierta condicionalidad. se espera que la actitud de cambio venga de los demas. en vez de responsabilizarse de si mismos
- **Falacia de razon** presuponer ser poseedores de la verdad absoluta obviando opiniones ajenas. creen que sus opiniones y acciones son las correctas y validas e intentaran continuamente demostrarlo asi mismos o a los demas con argumentos elaborados pero falaces. no toleran equivocarse y haran todo lo posible para evitarlo
- **Falacia de recompensa divina** se espera que en un futuro los problemas mejoren por si solos sin tomar una actitud proactiva o que seremos recompensados de alguna forma

CUADRO DE AUTOREGISTRO

Nombre

Fecha

A continuacion se presentara un cuadro que usted debe llenar de acuerdo a su realidad y segun lo discutido en las sesiones anteriores

	LO QUE PIENSO	LO QUE SIENTO	QUE REACCIONES FISICAS PRESENTO	FECHA	FRECUENCIA

Terapia de Relajacion de Tension y Relajacion Muscular

Colocate en una posicion comoda y afloja tu cuerpo mientras respiras hondo y profundo

1° Grupo MANOS Y ANTEBRAZOS Aprieta simultaneamente ambos puños Nota la tension en manos y antebrazos Concentrate en estas sensaciones durante 5 7 segundos Y ahora suelta y libera la tension de esa zona y concentrate en las nuevas sensaciones de distension durante 20 a 30 segundos Nota la diferencia entre un estado y el otro

2° Grupo BICEPS Dobra los codos y tensa los biceps durante 5 a 7 segundos Afloja los biceps y estira los brazos Concentrate en la distension durante 20 a 30 segundos

3° Grupo TRICEPS Estira ambos brazos al frente de forma que se queden paralelos entre ellos y con respecto al suelo y tensa la parte posterior de los brazos los triceps Afloja y devuelve los brazos a su posicion original Percibe la diferencia

4° Grupo HOMBROS TRAPECIO Eleva los hombros hacia arriba como si quisieras tocar las orejas Manten la tension y notala en los hombros y trapecios Suelta los hombros

5° Grupo CUELLO I Inclina la cabeza hacia delante como si quisiera tocar con la barbilla el pecho Hazlo lentamente Nota la tension en la nuca Vuelve lentamente a la posicion de reposo y percibe la distension

6° Grupo CUELLO II Empuja con la parte posterior de la cabeza y no con la nuca, el respaldo en el que estes apoyado Nota la tension en la parte frontal del cuello Suelta la tension y aflojate

7° Grupo FRENTE Sube la cejas hacia arriba hasta notar arrugas en la frente Nota la tension Suelta la tension

8° Grupo OJOS Aprieta fuertemente los ojos arrugando los parpados Nota la tension Suelta la tension

9° Grupo LABIOS Y MEJILLAS Haz una sonrisa forzada sin que se vean los dientes Nota la tension alrededor de la boca y en las mejillas Suelta la tension

10° Grupo MANDIBULA Ve abriendo muy lentamente la boca hasta llegar al maximo Mantenla abierta notando la tension Cierrala y percibe la diferencia.

11° Grupo PECHO-ESPALDA Arquea el torso de manera que el pecho salga hacia delante y los hombros y codos hacia atras Junta los omoplatos Manten la tension Suelta y vuelve a la posicion original

12° Grupo ABDOMINALES I Mete el abdomen hacia adentro Nota la tension Suelta la tension

13° Grupo ABDOMINALES II Saca el abdomen hacia afuera hasta notar la tension Suelta

14° Grupo MUSLOS Contrae ambos muslos simultaneamente Nota la tension y suelta

15° Grupo GEMELOS Apunta los pies hacia la cabeza hasta notar tension en los gemelos Suelta

16° Grupo PIES Lleva los pies hacia abajo intentando hacer una linea recta con las piernas Tensa los pies y sueltalos

Tomado del Blog de Psicologia Aprender a Relajarse
[http //www superarladepresion com/superarladepre/3depre_relajacion php](http://www.superarladepresion.com/superarladepre/3depre_relajacion.php)

Terapia de Relajacion empleando la visualizacion de un paisaje

Imaginate que vas caminando por un prado de hierba muy verde situado entre altas montañas nevadas

Fijate en las montañas a tu alrededor son muy altas y ves como contrasta el blanco de la nieve con el intenso color azul del cielo Es mediodia y encima de ti brilla un sol muy radiante y luminoso Mira el verde de la hierba, el blanco de la nieve de las montañas y el azul del cielo

- La temperatura en ese lugar es muy agradable no hace ni frio ni calor y sopla una agradable brisa templada que roza delicadamente sobre la piel de tu cara

Al caminar notas ya que vas descalzo el suave roce de la hierba bajo las plantas de tus pies Puedes percibir el tacto de la hierba algo humedo y fresco

Vas muy despacio deleitandote de todo lo que ves y sientes a tu alrededor

Tienes una gran sensacion de tranquilidad y paz

Oyes el canto de los pajaros y los ves volar a tu alrededor

Fijate ahora en las plantas hierbas y flores que hay a tu alrededor Hay pequeñas flores de colores muy vivos blancas amarillas anaranjadas azules acercate a olerlas Corta una flor y acércatela a la nariz Huele su aroma mientras te concentras en el color de sus petalos

Sigue caminando muy despacio sin ninguna prisa, disfrutando del paseo

Mira los riachuelos de agua que bajan de las montañas formando pequeños arroyos donde las aguas saltan corren formando pequeñas cascadas y tranquilas pozas Concentrate hasta que escuches el murmullo de las aguas

Ahora te vas a acercar a un arroyo y vas a agacharte e introducir tus dos manos unidas en el agua para recogerla y beber Siente el frescor del agua en tus manos Dirigelas a tu boca y bebe Siente el agua fresca pura, limpia y cristalina entrando en el interior de tu cuerpo Esa agua revitaliza a todo tu organismo y te sientes lleno de salud y bienestar

Sigue tu paseo y fijate en una pequeña planta de menta, acercate y corta algunas hojas Masticalas y percibe el fuerte sabor a menta en tu paladar Concentrate hasta notarlo con total nitidez

- Finalmente vas a buscar un sitio en ese lugar donde poderte tumbar cómodamente. Túmbate y descansa, cierra los ojos y percibe los ruidos, los olores, la temperatura... y descansa profundamente, muy profundamente...

Información tomado del Blog de Psicología: Aprender a Relajarse
http://www.superarladepresion.com/superarladepre/3depre_relajacion.phpBlog

Asertividad

La Asertividad se define como la habilidad de expresar nuestros deseos de una manera amable, franca, abierta, directa y adecuada, logrando decir lo que queremos sin atentar contra los demás. Negociando con ellos su cumplimiento. Esta en el tercer vertice de un triangulo en el que los otros dos son **la pasividad y la agresividad**. Situados en el vertice de la pasividad evitamos decir o pedir lo que queremos o nos gusta, en la agresividad lo hacemos de forma tan violenta que nos descalificamos nosotros mismos.

Emplear la asertividad es saber pedir, saber negarse, negociar y ser flexible para poder conseguir lo que se quiere, respetando los derechos del otro y expresando nuestros sentimientos de forma clara. La asertividad consiste tambien en hacer y recibir cumplidos y en hacer y aceptar quejas.

La asertividad y la ansiedad

El elemento básico de la asertividad consiste en atreverse a mostrar nuestros deseos de forma amable, franca, etc. pero el punto fundamental consiste en lanzarse y atreverse. Lo que se expone puede ayudarnos a mostrar lo que sentimos y deseamos porque sabemos que lo estamos haciendo de forma adecuada, que nadie se puede ofender. Esto nos ayudara a atrevernos a hacerlo. Pero cuando la ansiedad y el miedo son demasiado grandes hasta el punto de que nos dificultan o impiden expresar nuestros deseos, hemos de plantearnos una estrategia para superarla.

Reglas básicas para ejercer la asertividad

Existen técnicas y reglas que aprendidas y aplicadas nos permiten ejercer la asertividad de forma eficiente. Para ello hay que prepararse a negociar y hay que cumplir las reglas que implican una negociación eficiente. Existen tambien técnicas simples como el banco de

niebla o asentir en principio y el disco rayado que nos facilitan su ejercicio concreto y cotidiano

Para poder ejercitar la asertividad tenemos que tener capacidad de negociacion En la negociacion se intenta conseguir lo que se quiere con el beneplacito del otro que logicamente tambien va a tener algunos beneficios

La realizacion de una negociacion comprende varias fases La primera, es la de preparacion En ella tenemos que pensar la estrategia que tenemos que seguir en el encuentro con el otro en el que se va a plantear los problemas y se va a hacer la negociacion propiamente dicha

Fase de preparacion

Para poder conseguir cualquier cosa tenemos que saber como hacerlo y para ello hay que prepararse Ir a un encuentro sin tener una minima guia de comportamiento cuando ademas no somos negociadores experimentados nos expone a no lograr para nada los objetivos que perseguimos Por tanto hay que preparar lo que se va a decir y a hacer en la negociacion cara a cara con el otro Dentro de la preparacion habria que distinguir dos subfases La primera de preparacion personal para evitar caer en la pasividad o en la agresividad y la segunda de preparacion del dialogo que vamos a plantear al otro

Fase de preparación personal

Se trata de una fase previa, necesaria para **Tener muy claros los objetivos** que perseguimos en el encuentro Es lo que nos motiva a la negociacion Cuando negociamos tenemos que tener la vista puesta en nuestros objetivos Hay algunas cosas que nos pueden distraer de ellos y hacernos fracasar Por ejemplo nuestra emocion No podemos confundir la emocion con el objetivo Nos gustaria quedar bien pero normalmente ese no es el objetivo Nos gustaria machacar al otro pero asi no lograremos lo que realmente queremos Nos gustaria que el otro reconociese que tenemos razon y que el estaba equivocado pero

nos tenemos que preguntar si ese es nuestro objetivo o si así solamente conseguiremos una recompensa de tipo emocional mientras que nuestro objetivo se pierde. No hay que olvidar la máxima: lo que cuenta son los hechos y no las palabras. Si nos explayamos y nos descargamos emocionalmente puede que hayamos conseguido una recompensa a corto plazo pero la pregunta que tenemos que hacernos es si hemos conseguido nuestros objetivos.

Hay que **huir de juicios de intenciones**. Si juzgamos las intenciones de la otra persona y nos basamos en ellas para plantear la relación con el otro corremos el riesgo de contestar y reaccionar a las intenciones que pensamos que tiene el otro y perdemos de vista nuestros objetivos. Así podemos llegar a ser agresivos o a ser pasivos. Si nos han hecho algo que nos ha dolido y pensamos que lo ha hecho con buenas intenciones podemos estar tentados de dejarlo pasar y no decir nada. Si juzgamos que lo ha hecho con mala intención vamos a atacar su maldad y no los hechos y seremos agresivos. En una negociación no se trata de agredir y someter al otro aunque lo veamos como un rival. Hay que darle una salida, mas o menos airoso porque si no se revolvera contra nosotros. Querer que nos reconozca lo equivocado que esta y se someta completamente a nuestros deseos puede ser un objetivo emocional que compense la humillación que hemos sentido pero ¿es realmente nuestro objetivo? Si tenemos que intentar entender que cosas son las que pueden motivar al otro para hacer lo que nosotros queremos que haga.

Tenemos que pensar en como **crear la oportunidad de la negociación**. Si es algo pendiente desde hace mucho tiempo y que queremos abordar hay que buscar al otro y plantear un tiempo y un espacio en el que se pueda dar la negociación. Es lo primero que tenemos que conseguir del otro. Sin ellos no se consigue, no es posible hacer la negociación. En muchas ocasiones no hay que buscar la oportunidad es la propia situación en la que se genera el problema. Pero en ella nos puede ocurrir que cuando el otro se va es cuando se nos ocurre aquello teníamos que haber dicho. Recuerda **Siempre hay una segunda oportunidad** aunque haya que crearla. Crear la oportunidad es buscar al otro y plantear

aunque sea por enesima vez el tema que nos ocupa. Cualquier frase introductoria como decirle de lo que hablamos ayer me gustaria comentarte algo o frases parecidas para iniciar la conversacion son ayudas inestimables para crear la oportunidad.

Con los objetivos claros podemos controlar nuestra agresividad y motivarnos para dejar de ser pasivos con la oportunidad creada y el entendimiento de lo que el otro espera podemos preparar el momento concreto de la negociacion.

Preparacion del dialogo

Sin perder de vista que lo importante es lo que hagamos y lo que decimos solamente puede ser una guia para que el otro sepa cuales van a ser nuestros siguientes pasos tenemos que preparar aquello que vamos a decirle. El dialogo que tengamos con el tiene que cumplir los siguientes **requisitos** para ser un dialogo asertivo.

- 1 **Describir los hechos concretos** Se trata de poner una base firme a la negociacion en la que no pueda haber discusion. Cuando describimos hechos que han ocurrido el otro no puede negarlos y así podemos partir de ellos para discutir y hacer los planteamientos precisos. En este punto es donde mas tenemos que evitar hacer los juicios de intenciones. No se trata de decir eres un vago sino decir 'vengo observando que te levantas desde hace ya varias semanas a la hora de comer. Diremos me has dicho 10 veces no sirves para nada en lugar de me quieres denigrar y hundir (juicio de intenciones).
- 2 **Manifestar nuestros sentimientos y pensamientos** Es decir comunicar de forma contundente y clara como nos hace sentir aquello que ha ocurrido y que juicio moral o de pensamiento nos despierta. Es el momento de decir estoy hasta las narices de esta situacion y no la soporto mas o me he sentido humillado y denigrado. Hay

que recordar que no se trata de que el otro lo encuentre justificado o no. Le puede parecer desproporcionado o injusto o pero es lo que nosotros sentimos y tenemos derecho a hacerlo así. No aceptaremos ninguna descalificación. Defenderemos nuestro derecho a sentirnos tal y como le decimos. Le estamos informando, no le pedimos que nos entienda o nos comprenda, por eso no puede descalificarnos ni aceptaremos críticas a nuestros sentimientos. Emplearemos la técnica del banco de niebla combinado con el disco rayado (ver más abajo).

- 3 **Pedir de forma concreta y operativa lo que queremos que haga.** No se trata de hablar de forma general o genérica, quiero que seas más educado. Quiero que me respetes. Quiero que no seas vago sino que hay que ser concreto y operativo. ‘Quiero que quites los pies de mi mesa. Quiero que cuando hablo me mires a los ojos y contestes a lo que te pregunto.’ Quiero que estudies tres horas diarias. Son conductas concretas que el otro puede entender y hacer.

- 4 **Especificar las consecuencias.** Es decir aquello que va a ocurrir cuando haga lo que se le ha pedido. Se le podría plantear también las consecuencias que tendrá para el no hacerlo pero es preferible especificar lo que va a obtener de forma positiva. De otra manera lo que planteamos es un castigo y los castigos son mucho menos efectivos que los premios o refuerzos. Muchas veces se trata solamente de una forma de presentación hay que tener en cuenta que frecuentemente algo que puede ser planteado como un castigo si no lo hace se puede ver como algo positivo si lo hace. Si no lo haces tendrás un castigo se puede convertir en. Si lo haces evitaras que haga lo que no quiero hacer que es lo que supone un castigo para ti que es algo que por supuesto yo tengo que hacer para ser consecuente con mis objetivos y los sentimientos que ya he expresado.

Ensayo

Lo que se ha preparado preferentemente por escrito se tiene que ensayar hasta aprenderse de memoria. Cuando vamos a un examen nos ponemos nerviosos y se nos olvidan muchas cosas. Puede pasarnos lo mismo en este caso y por eso hay que aprenderse de memoria. Si la situación nos causa alguna ansiedad es una razón más para el ensayo. Cuando nos imaginamos la situación de la negociación nos estaremos exponiendo a ella en la imaginación y al menos cuando pensemos en hablar con el otro no nos pondremos nerviosos y comenzaremos nuestra negociación en mejor posición anímica. Si nos ponemos nerviosos podemos acogernos al diálogo que hemos preparado en la seguridad de que vamos a expresar nuestros deseos de forma completa. Cuando la ansiedad es demasiado grande hasta el punto de que nos impide expresar nuestros deseos, hemos de plantearnos una estrategia para superarla.

Ejecución

En la fase de ejecución hay que tener en cuenta algunas técnicas básicas que nos permiten llevar a cabo lo que hemos preparado. No hay que olvidar nunca que nuestros objetivos están plasmados en el diálogo que hemos preparado y que nuestra meta inmediata es decirlo. No se trata de contestar a todas las digresiones que nos hagan; no es necesario ser rápido y agudo para poder responder de forma inmediata a todo lo que nos digan. Se trata de emplear la técnica del **banco de niebla** que también se llama aceptar en principio seguida de la del **disco rayado**.

La forma de hacerlo es diciendo que puede que lleves razón pero (banco de niebla) lo que yo quiero decir es que y se sigue con el diálogo en el punto en el que fuimos interrumpidos o repitiéndolo desde el principio (disco rayado). Puede parecer muy limitado y que vamos a hacer el ridículo, pero es sorprendente lo efectivo y natural que resulta. Si saca otros temas también importantes no perdamos de vista nuestro objetivo: tenemos que acabar con lo que ha motivado la negociación para poder seguir más tarde con lo que acaba

de plantear en ningun momento hay que perder de vista nuestro objetivo plasmado en el dialogo preparado

Ejemplos

PRACTICA

Situacion 1

Un amigo acaba llega a cenar, pero una hora mas tarde de lo que habia dicho No ha llamado para avisar que se retrasaria ¿Estas irritado por la tardanza Tienes estas alternativas

- 1 **CONDUCTA PASIVA** Saludarle como si tal cosa y decirle Entra la cena esta en la mesa
- 2 **CONDUCTA ASERTIVA** He estado esperando durante una hora sin saber lo que pasaba (hechos) Me has puesto nervioso e irritado (sentimientos) si otra vez te retrasas avisame (conducta concreta) haras la espera mas agradable (consecuencias)
- 3 **CONDUCTA AGRESIVA** Me has puesto muy nervioso llegando tarde Es la ultima vez que te invito

Situacion 2

Un compañero de trabajo te da constantemente su trabajo para que lo hagas Decides terminar con esta situacion Puedes crear la situacion preguntandole como lleva su trabajo o esperar a que el la cree cuando te pida otra vez a le ayudes haciendole algo

Las alternativas podrian ser

- 1 **CONDUCTA PASIVA** Estoy bastante ocupado Pero si no consigues hacerlo te puedo ayudar
- 2 **CONDUCTA AGRESIVA** Olvidalo Casi no queda tiempo para hacerlo Me tratas

como a un esclavo Eres un desconsiderado

3 **CONDUCTA ASERTIVA** Muy frecuentemente me pides que te eche una mano en el trabajo que te asignan porque no te da tiempo o porque no sabes hacerlo (hechos) Estoy cansado de hacer eso ademas de mi trabajo el tuyo (sentimientos) así que intenta hacerlo tu mismo (conductas) seguro que así te costará menos la proxima vez (consecuencias)

Situacion 3

Vas a un restaurante a cenar Cuando el camarero trae lo que has pedido te das cuenta de que la copa esta sucia con marcas de pintura de labios de otra persona Se trata de llevarse bien con el camarero para que nos sirva bien pero eso no es un buen servicio podrias

1 **CONDUCTA PASIVA** No decir nada y usar la copa sucia aunque a disgusto

2 **CONDUCTA AGRESIVA** Armar un gran escandalo en el local y decir al camarero que como el servicio es asqueroso nunca volveras a ir a ese establecimiento

3 **CONDUCTA ASERTIVA** Llamar al camarero y mirandole a la cara y sonriendo pedirle que por favor le cambie la copa

Plantilla para construir un dialogo asertivo

Hechos

Sentimientos

Conductas

Consecuencias

Material tomado de la pagina [http //www psicoterapeutas com/pacientes/asertividad htm](http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/asertividad.htm)
Elaborado por el Dr Jose Antonio García Higuera

Lectura para discusion

“Hay que tener un amante”

Muchas personas tienen un amante y otras quisieran tenerlo Y tambien estan las que ño lo tienen o las que lo tenia y lo perdieron Y son generalmente estas dos ultimas las que vienen a mi consultorio para decirme que estan tristes o tienen distintos sintomas como insomnio falta de voluntad pesimismo crisis de llanto o los mas diversos dolores

Me cuentan que su vida transcurre de manera monotona y sin expectativas que trabajan nada mas que para subsistir y que no saben en que ocupar su tiempo libre En fin palabras mas palabras menos estan verdaderamente desesperanzadas

Antes de contarme esto ya habian visitados otros consultorios en los que recibieron la condolencia de un diagnostico seguro Depresion y la infaltable receta del antidepresivo de turno

Entonces despues de que las escucho atentamente les digo que no necesitan un antidepresivo que lo que realmente necesitan ES UN AMANTE

Es increible ver la expresion de sus ojos cuando reciben mi veredicto Estan las que piensan 'como es posible que un profesional se despache alegremente con una sugerencia tan poco cientifica' Y tambien estan las que escandalizadas se despiden y no vuelven nunca mas

A las que deciden quedarse y no salen espantada por el consejo les doy la siguiente definicion Amante es lo que nos apasiona Lo que ocupa nuestro pensamiento antes de quedarnos dormido y es tambien quien a veces no nos deja dormir Nuestro amante es lo que nos vuelve distraido frente al entorno Lo que nos deja saber que la vida tiene motivacion y sentido

A veces a nuestro amante lo encontramos en nuestra pareja, en otros casos es alguien que no es nuestra pareja. También solemos hallarlo en la investigación científica, en la literatura, en la música, en la política, en el deporte, en el trabajo cuando es vocacional en la necesidad de trascender espiritualmente en la amistad en la buena mesa, en el estudio o en el obsesivo placer de hobby. En fin es alguien o algo que nos pone de novio con la vida y nos aparta del triste destino de durar.

¿Y que es durar? Durar es tener miedo a vivir. Es dedicarse a espiar como viven los demás, es tomarse la presión de ambular por consultorios médicos, tomar remedios multicolores, alejarse de las gratificaciones, observar con decepcionada nueva arruga que nos devuelve el espejo, cuidarnos del frío, del calor, de la humedad, del sol y de la lluvia. Durar es postergar la posibilidad de disfrutar hoy, esgrimiendo el incierto y frágil razonamiento de que quizás podamos hacerlo mañana.

Por favor no te desempeñes en durar. Buscate un amante, se vos también un amante y un protagonista de la vida. Piensa que lo trágico no es morir al fin y al cabo la muerte tiene buena memoria y nunca se olvida de nadie.

Lo trágico es no animarse a vivir mientras tanto y sin dudar buscate un amante.

La Psicología después de estudiar mucho sobre el tema descubrió algo trascendental.

Para estar contento, activo y sentirse feliz hay que estar de novio con la vida.

Tomada de la Brujula de cuidador publicada el 4 de agosto de 2013. Email (brujulacuidador@brujulacuidador.com)

Inventario de Ansiedad de Beck

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la Ansiedad Lea cada uno de los ITEMS atentamente e indique cuanto le ha afectado en la ultima semana incluyendo hoy

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido				
2 Acalorado				
3 Con Temblor en las piernas				
4 Incapaz de relajarse				
5 Con temor a que ocurra lo peor				
6 Mareado o que se le va la cabeza				
7 Con latidos del corazon fuertes o acelerados				
8 Inestable				
9 Atemorizado o asustado				
10 Nervioso				
11 Con sensacion de Bloqueo				
12 Con temblores en las manos				
13 Inquieto inseguro				
14 Con miedo a perder el control				

15 Con sensacion de ahogo				
16 Con temor a morir				
17 Con miedo				
18 Con Problemas digestivos				
19 Con desvanecimiento				
20 Con rubor facial				
21 con sudores frios o calientes				

Inventario de Depresion de Beck

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor como se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, marque también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1)

- ☐ No me siento triste
- ☐ Me siento triste
- ☐ Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
- ☐ Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2)

- ☐ No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
- ☐ Me siento desanimado respecto al futuro
- ☐ Siento que no tengo que esperar nada
- ☐ Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán

3)

- ☐ No me siento fracasado
- ☐ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
- ☐ Cuando miro hacia atrás, solo veo fracaso tras fracaso
- ☐ Me siento una persona totalmente fracasada

4)

- ☐ Las cosas me satisfacen tanto como antes
- ☐ No disfruto de las cosas tanto como antes
- ☐ Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas
- ☐ Estoy insatisfecho o aburrido de todo

5)

- ☐ No me siento especialmente culpable
- ☐ Me siento culpable en bastantes ocasiones
- ☐ Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
- ☐ Me siento culpable constantemente

6)

- ☐ No creo que este siendo castigado
- ☐ Me siento como si fuese a ser castigado
- ☐ Espero ser castigado
- ☐ Siento que estoy siendo castigado

7)

- ☐ No estoy decepcionado de mi mismo
- ☐ Estoy decepcionado de mi mismo
- ☐ Me da vergüenza de mi mismo
- ☐ Me detesto

8)

- ☐ No me considero peor que cualquier otro
- ☐ Me autocritico por mis debilidades o por mis errores
- ☐ Continuamente me culpo por mis faltas
- ☐ Me culpo por todo lo malo que sucede

9)

- ☐ No tengo ningún pensamiento de suicidio
- ☐ A veces pienso en suicidarme pero no lo cometería
- ☐ Desearía suicidarme
- ☐ Me suicidaría si tuviese la oportunidad

10)

- ☐ No lloro mas de lo que solía llorar
- ☐ Ahora lloro mas que antes
- ☐ Lloro continuamente

☐ Antes era capaz de llorar pero ahora no puedo incluso aunque quiera

11)

☐ No estoy mas irritado de lo normal en mi

☐ Me molesto o irrito mas facilmente que antes

☐ Me siento irritado continuamente

☐ No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solian irritarme

12)

☐ No he perdido el interes por los demas

☐ Estoy menos interesado en los demas que antes

☐ He perdido la mayor parte de mi interes por los demas

☐ He perdido todo el interes por los demas

13)

☐ Tomo decisiones mas o menos como siempre he hecho

☐ Evito tomar decisiones mas que antes

☐ Tomar decisiones me resulta mucho mas difícil que antes

☐ Ya me es imposible tomar decisiones

14)

☐ No creo tener peor aspecto que antes

☐ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo

☐ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo

☐ Creo que tengo un aspecto horrible

15)

☐ Trabajo igual que antes

☐ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo

☐ Tengo que obligarme mucho para hacer algo

☐ No puedo hacer nada en absoluto

16)

- ☐ Duermo tan bien como siempre
- ☐ No duermo tan bien como antes
- ☐ Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
- ☐ Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir

17)

- ☐ No me siento mas cansado de lo normal
- ☐ Me canso mas facilmente que antes
- ☐ Me canso en cuanto hago cualquier cosa
- ☐ Estoy demasiado cansado para hacer nada

18)

- ☐ Mi apetito no ha disminuido
- ☐ No tengo tan buen apetito como antes
- ☐ Ahora tengo mucho menos apetito
- ☐ He perdido completamente el apetito

TABLA 7 DATOS DE LOS PACIENTES

Iniciales	Edad	Sexo	Direccion	Situacion desadaptativa
1 M M	36	F	Doble Via de la Circunvalacion	Separacion y desempleo
2 C C	59	F	Llano Bonito	Perdida del Esposo
3 V C	63	M	Sabana Grande	Sobreviviente de C A
4 A S	66	F	Sabana Grande	Osteoporosis y fractura de cadera y mano
5 A C	63	M	Sabana Grande	Dolores en la Rodilla pensionado
6 K S	47	F	Llano Largo	Hija con Discapacidad Problemas Familiares muerte de un sobrino
7 E S	45	M	La Villa de Los Santos	Separacion
8 R P	68	F	Chitre	Dolores Cronicos (desgaste en los huesos) y Problemas Economicos
9 A I	30	M	La Roca	Desmejoramiento de la Posicion y Problemas en el Trabajo

Fuente Entrevista con los pacientes

Ficha Técnica de los Pacientes

- 1 Nombre M M Sexo F Edad 36 años Fn 15 de Agosto de 1979
Estado Civil Separada

M M manifiesta que se sentía mal consigo misma por muchas cosas porque había estudiado una carrera que no le gustaba, la cual no ha terminado tiene un año y medio de estar desempleada y actualmente vive con sus padres y su conyugue la había abandonado sin darle explicaciones y ni siquiera la llamaba y no sabía nada de el

M M refiere que tenía 11 años de relación con su pareja, el cual tenía altos y bajos pero funcionaba normal Y hace dos meses cuando su esposo se disponía a irse a Panamá para trabajar como normalmente lo hacía, le dijo que quería terminar con la relación y no le dio ninguna explicación y se retiró Lo cual no comprendía M M ya que ese mismo fin de semana se casó la hermana de M M y el comentaba que se quería casar con M M ya que estaban unidos Ella estaba viviendo con sus padres y el viajaba, según refiere M M ella le decía a su pareja que quería irse a vivir con el a Panamá a lo que se negaba dándole excusas En una ocasión vio un chat que le escribió una mujer a su conyugue ella le reclamó y el le dijo que no era lo que ella pensaba que estaba viendo cosas donde no la había

Según comenta M M ya no tiene ganas de nada no sale de su cuarto no quiere comer se desvela en las noches se la pasa todo el día llorando y pensando en por qué su pareja la abandonó Actualmente está tomando cursos en INADHE pero ni eso la hace sentirse bien al contrario se siente mal porque no aporta en su hogar

- 2- Nombre C C Sexo F Edad 59 años Fn 10 de Noviembre de 1956

Estado Civil Viuda Residencia Llano Bonito

La Señora C C comento que se jubilo a los 57 años pero ha seguido trabajando y a los 56 años quedo viuda, considera que ha perdido la paciencia, el sentido de ser indulgente no soporta las actitudes de sus estudiantes cosa que antes era mas considerada, En los 3 ultimos meses ha tenido serios problemas de conducta con sus estudiantes y ha sentido que sus compañeros se rien de ella A nivel familiar siente que sus hijos no le consultan nada, es mas que uno de sus hijos le dijo que ella era luz para la calle oscuridad para la casa Tiene sentimientos de impotencia por no poder ayudar a sus hijos

Segun manifiesta la Señora C C su familia era muy unida y manejaban las cosas de manera diferente comento que se reunian los 4 a las tres de la tarde a tomar cafe Pero desde que murio su esposo en el 2012 las cosas han sido bastante dificiles ella siente que sus hijos no le dicen las cosas para no preocuparla ya que su hijo mayor tiene problemas de salud Cuando su esposo estaba vivo los hijos conversaban mas con el C C siente que su hijo mayor siente la perdida de su padre aunque no lo demuestra ya que ella piensa que se debe sentir mal porque el no estaba cuando fallecido du papa

Segun relato la Señora C C su esposo murio de un infarto al corazon junto a ella, el se desvanecio ella pidio ayuda y su hijo mas chico salio del cuarto y fue a la habitacion de ellos para ayudarlo

La Señor C C es hipertensa y diabetica y segun comenta ha aumentado mucho de peso ya que se siente muy ansiosa

- 3 Nombre V C Sexo M Edad 63 años Fn 14 de noviembre de 1952
Estado Civil Casado Residencia Sabana Grande de Los Santos

El Señor V C en diciembre del 2015 le detectaron cancer en la prostata, por lo cual han tenido que asistir al Hospital Oncologico por un tratamiento de 3 meses en Panama, donde tenian que quedarse el y su esposa, casi toda la semana alla y viajaba junto con su esposa e Hija todos los fines de semana para su casa en Sabana Grande de los Santos

El Señor V C se dedica al trasporte de mercancia de los Santos a Panama y es el proveedor del hogar es un señor muy activo tanto en su trabajo como en las actividades de la Iglesia en Sabana Grande Segun refiere el Señor V C se sentia preocupado por su enfermedad ya que a el le gustaba realizar sus actividades y tener que quedarse en Panama encerrado lo deprimia y le preocupaba porque su hija tenia que pedir permiso en su trabajo para acompañarlos a su cita

Un aspecto que relata el Señor V C que le afecto muchísimo es que su esposa la tuvieron que operar de la cadera y del brazo en marzo del 2016 por una caída El Señor V C comento que se preocupo bastante ya que ella es su compañera por lo que le afectaba verla así y mas por su problema de osteoporosis

El Señor V C se siente preocupado por la salud de su esposa y la suya, con temor de que los exámenes le vuelvan a salir alterados y tenga que quedarse de nuevo en Panama porque quien se quedaria con su esposa, si ellos nada mas tienen una hija El señor manifesto sus deseos de volver a ser el de antes y el poder realizar sus actividades sin el temor persistente de que reaparezca el cancer

- 4 Nombre A S Sexo F Edad 66 años Fn 13 de diciembre de 1949
Estado Civil Casada Residencia Sabana Grande de los Santos

La Señora A S esta jubilada pero cose en su casa a las personas que le encargan algun tipo de ropa, aunque lo realiza con bastante tiempo ya que ella padece de osteoporosis y tiene escoliosis y constantemente anda con dolor en sus brazos y en el cuerpo

El 14 de marzo la Señora A S mientras esperaba que su esposo buscara el carro se cayo y tuvo que ser internada en el Hospital Gustavo Nelson Collado para ser operada Ella estaba preocupada porque el doctor le habia dicho que ella no podia caerse porque sus huesos no podian resistir una caida ya que se vuelven como arenilla pero gracias a Dios le pudieron hacer las operaciones sin ninguna complicacion

La Sra A S manifiesta que le ha puesto mucho interes en su recuperacion ya que realiza sus ejercicios que le dice la fisioterapeuta hasta un poquito mas Actualmente asisten a la hora Santa en la Iglesia del Llano para pedirle por la salud de su esposo y darle gracias por su recuperacion

La Sra A C se siente algo triste porque ella era la que realizaba las cosas en la casa y ahora depende de otras personas para que le hagan las cosas Una de las cosas que le preocupa bastante son las citas de su esposo V C ya que no sabe si ella pueda acompañarlo y realizar ese viaje tan largo a Panama A veces se siente muy preocupada por las cosas y con cierto temor de que su esposo le detecte algo malo de nuevo y tenga que quedarse en Panama y ella no lo pueda acompañar

5 Nombre A C Sexo M Edad 65 años Fn 31 de Marzo de 1953
Estado Civil Casado Residencia Sabana Grande de los Santos

El señor A C era ebanista y actualmente se encuentra pensionado debido a una lesion en la columna y las dos rodillas por lo que tuvo que ser sometido a una operacion de rodillas y le detectaron que tenia una hernia en la columna por lo que los medicos le recomendaron que no debia seguir trabajando

El Señor A C constantemente se queja de dolores en los brazos y rodillas y ha tenido que ser sometido a varias filtraciones en las rodillas ya que se le hincha

El Sr A C se siente joven y con ganas de trabajar ya que se aburre estando en casa En ocasiones se dedica a ayudarle a su hermano en el Taller de Ebanisteria, aunque se deprime a veces pensando que el pudiera trabajar ya que a veces se siente inutil ya que el tiene el deseo de hacer las cosas pero no aguanta el dolor A nivel economico eso le ha afectado bastante ya que antes tenia un salario fijo y ahora le ha tocado adaptarse a lo que le dan de la pension El señor A C tiene una preocupacion constante por su salud por lo cual se chequea regularmente la presion y asiste al doctor

6 Nombre K S Sexo F Edad 47 años Fn 22 de Abril de 1969

Estado Civil Casada Residencia Llano Largo de los Santos

La Señora K S asiste todos los lunes a la Asamblea junto a su esposo e hija Su hija es discapacitada (Discapacidad Intelectual) y tiene problemas de salud Segun refiere la Señora, su hija ha intentado matarse La Señora K S ha tenido que dejar su trabajo ella antes trabajaba en un restaurante

La Señora K S sufre por su hija ya que su familia no la quiera, ella ve que su familia no la quiere todos los dias llora, no siente alegria por nada, a veces no duerme pensando que ella le falta a su hija y a su hijo que van hacer

La Señora K S muestra preocupacion por su problema de salud ya que sufre de hemoglobina baja, y segun refiere la señora que el doctor le dijo que le dio una convulsion pausada La señora K S comento que ella crio a un sobrino y que le tienen prohibido ir a su casa, lo cual lo en triste aunque el niño a veces se cruza por la cerca y va a verla

Hace un mes perdio a un sobrino en un accidente lo cual la pone muy triste y a la vez le genera mucha ansiedad ya que le da temor por sus hijos que le suceda algo

La Señora manifesto que la gente le esta diciendo que su esposo la engaña con una mujer que vive por ahí cerca, que le han dicho que lo han visto con ella

7- Nombre E S Sexo M Edad 45 años Fn 15 de Agosto de 1979
Estado Civil Problemas conyugales/ separacion Residencia La Villa de los Santos

El Señor E S se encuentra separado actualmente con su esposa y vive con su mama en la Villa de los Santos Segun comenta E S ha tenido ya dos relaciones anteriores a la actual y no le ha ido bien y tiene el temor de que le pase lo mismo Siente que no tiene suerte que es un fracasado porque todo le sale mal A veces refiere el paciente que entra en crisis depresivas y se pone negativo

Segun comenta su esposa es celosa y el tambien lo es El no puede ver a su esposa que su esposa este en linea en el whatsapp y no le haya escrito a el ya que se pone a pensar que le esta escribiendo a otra persona Lo que le da celos y rabia a veces ya que se siente desplazado como que alguien quiere ocupar su lugar Le molesta que su esposa le diga al alguien sobre los problemas que tienen y no a el

No le gusta que su esposa este sola haciendo las cosas ya que esta constantemente llamandola y le molesta que los amigos se le acerquen El Señor E S manifiesta sus deseos de cambiar y poder regresar con su esposa

En el trabajo ha tenido problemas con un compañero que segun refiere el paciente le gusta ridiculizarlo delante de sus compañeros y que el ha optado por quedarse callado y dedicarse a su trabajo pero que lo deja de mal humor durante todo el dia y que sus compañeros los notan

8 Nombre R P Sexo F Edad 68 años Fn 18 de Enero de 1948
Estado Civil Viuda Residencia Chitre

La Sra R P es jubilada, sufre de osteoporosis y desgaste en los dos brazos constantemente tiene que vivir con dolores crónicos. Tiene que estar constantemente con pastillas pero ya siente que no le hacen efecto y ha tratado con diferentes para ver cual le alivia el dolor al tomar tanto medicamento también le ha afectado el estómago produciéndole gastritis. La han filtrado varias veces pero siente que no le ha ayudado mucho.

La Sra R P le pago la cesarea a una sobrina hace 7 años en una clínica con la condición de que ella se la iba a pagar hasta la fecha no le ha reembolsado nada, y los intereses de la tarjeta con la que realizó el pago han aumentado y ella ha tenido que hacer frente a eso. El hijo con el cual vive desconoce esto ya que el no tiene buena relación con su prima.

Las condiciones en el Hogar de la Sra R P es algo difícil por lo que comenta, ya que el único sustento de la casa es su hijo que realiza trabajos eventuales y de un tiempo para acá ha bajado considerablemente. Y el cheque recibe de su jubilación es muy poco y se va en pagar los intereses de la tarjeta.

La Sra R P se deprime mucho porque siente que nadie la valora, al contrario que la trata mal que ya no puede hacer las cosas de la casa porque sus brazos le fallan y ella hace hasta donde puede constantemente se siente mal y culpable por haberle prestado el dinero a su sobrina, ya que según refiere la señora ella siempre se ha portado mal y ha abusado se siente mal porque las cosas no le salen bien y ahora no se puede comprar nada para ella por la situación económica por la cual está atravesando.

9 Nombre A I Sexo M Edad 29 años Fn 21 de Noviembre de 1986

Estado Civil Soltero Residencia La Roced

A I trabaja en Panama, en un Banco en donde ultimamente ha presentado muchos problemas con su jefa, ya que el piensa que no le cae bien y que hace lo imposible por indisponerlo. Segun refiere A I las evaluaciones que se realiza en el Banco a nivel de desempeño sale satisfactorio pero a la hora que ella lo evalua a nivel personal es bajo. Ha aspirado a otros puestos dentro de la compañía y A I considera que su jefa no le ha dado la oportunidad, al contrario le han bajado de categoria ya que lo cambiaron de puesto al cual el ya habia ascendido.

Segun refiere A I se siente mal con ganas de dejarlo todo y renunciar pero que su mama le aconseja que no le haga caso. El viaja todos los fines de semana para Chitre ya que se siente mal y es en su casa donde se siente bien.

A I se siente mal consigo mismo e impotente ya que tiene mala relacion su superiora, no ha logrado establecer una relacion amorosa estable ya que el desea ya formar su familia.